

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

CHARLES BRODY

Né le 1^{er} Mai 1896, à Debrenen-De Mercuria-Liuc (Roumanie)

Ex-Interne du Sanatorium populaire de Seyssuel (Isère)

Assistant du Sanatorium populaire de Courmettes (Alpes-Maritimes)

CONCEPTION MODERNE

DE LA

Péritonite tuberculeuse et de son Traitement

Héliothérapie ou Laparatomie -- Résultat d'une Enquête internationale

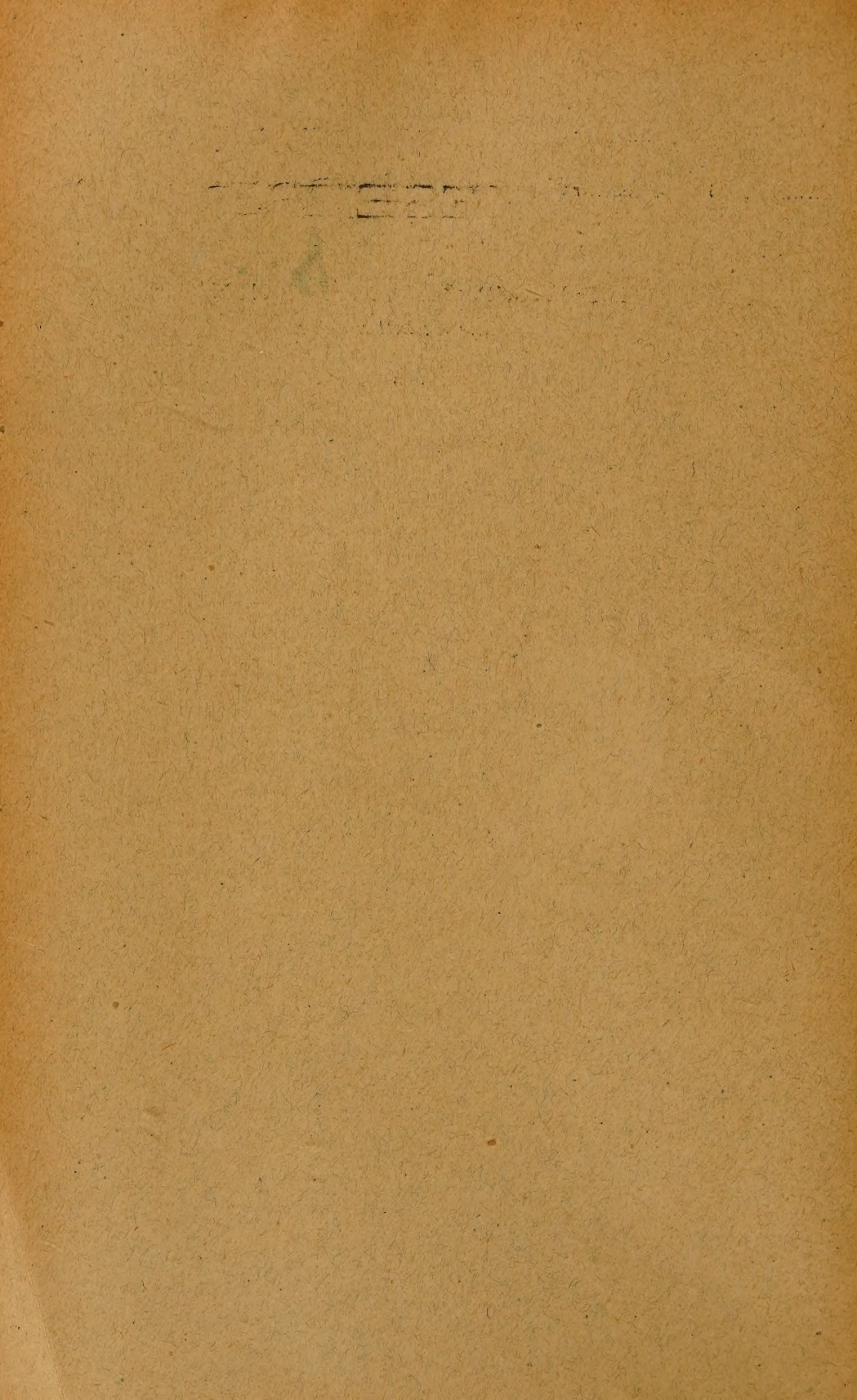
Président de Thèse : M. le Professeur F. BEZANÇON

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1926



THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

CHARLES BRODY

Né le 1^{er} Mai 1896, à Debrenen-De Mercuria-Liuc (Roumanie)

Ex-Interne du Sanatorium populaire de Seyssuel (Isère)

Assistant du Sanatorium populaire de Courmettes (Alpes-Maritimes)

CONCEPTION MODERNE

DE LA

Péritonite tuberculeuse et de son Traitement

Héliothérapie ou Laparatomie -- Résultat d'une Enquête internationale

Président de Thèse : M. le Professeur F. BEZANÇON

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LEGENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILÉAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEQUE
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE.....	Pathologie chirurgie ¹ .
ABRAMI.....	Pathologie médicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgie ¹ .
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgie ¹ .
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.

MM.

HOVELACQUE....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgie ¹ .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgie ¹ .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgie ¹ .
MONDOR.....	Pathologie chirurgie ¹ .
MOURE.....	Pathologie chirurgie ¹ .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
TANON.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

M.

RETTERER.....	Histologie.
---------------	-------------

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL LAVASTINE..	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale in fantile.

MM.

LERI.....	Clinique médicale.
LÆPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.

CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ces opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MEMOIRE
TOUJOURS VIVANTE DE MON PERE
HENRI BRODY

A MA MERE

En faible témoignage de ma reconnaissance profonde et affectionnée.

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR FERNAND BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Paris ;

Membre de l'Académie de Médecine ;

Médecin des Hôpitaux de Paris ;

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Qui m'a fait le grand honneur de
bien vouloir présider ce travail.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL BRULE

En reconnaissance de son enseignement précieux et de la sympathie dont il a bien voulu m'honorer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD MONOD

Médecin-Directeur du Sanatorium de Courmettes ;
Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon.

Témoignage de profonde reconnaissance pour son aimable accueil, ainsi que pour les conseils précieux et les documents qui ont facilité l'élaboration de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT MONTHUS

Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris ;
Ex-Chef de Clinique de la Faculté de Médecine
de Paris.

Hommage de respectueuse gratitude pour l'accueil paternel que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

A MES MAITRES

Professeur agrégé : CAMUS J.

Chirurgien des Hôpitaux de Paris : H. POTHERAT.

In memoriam

A MON MAITRE EN NEUROLOGIE

MONSIEUR JOSEPH BABINSKI

Messieurs les Professeurs :

BRINDEAU,
CLAUDE H.,
CUNÉO,
DUMAS,
GILBERT,
GUILLAIN,
JANIN,
PAPILIAN,
RICHET Ch. (père),
WIDAL.

Messieurs les Professeurs agrégés :

BRULÉ,
LEGRI.

Fonction d'externe :

Docteur MONTHUS, Hôpital de la Pitié.

Interne au Sanatorium de Seyssuel (Isère) :

Docteur A. FERET.

Assistant au Sanatorium de Courmettes (Alpes-Maritimes) :

Docteur Gérard MONOD.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	11
INTRODUCTION	25
I. — Fréquence relative de la péritonite tuberculeuse chez les adultes.....	30

La péritonite tuberculeuse est beaucoup plus fréquente chez l'adulte qu'on ne le croit en général, et plus souvent diagnostiquée de nos jours qu'autrefois, grâce aux progrès de la science, aux nouveaux moyens d'investigation, et au fonctionnement de certains dispensaires qui s'occupent du dépistage de toutes les localisations tuberculeuses.

II. — La péritonite tuberculeuse est-elle primitive ou secondaire ?	37
--	----

Il n'y a pas encore de réponse ferme à cette question. On observe souvent une contradiction entre l'examen clinique et anatomo-pathologique. Selon toute probabilité, la péritonite tuberculeuse n'est qu'une localisation secondaire dont le point de départ ne peut pas toujours être établi : tuberculose intestinale, ganglionnaire, pleurale, pulmonaire, etc... La coexistence fréquente d'une tuberculose génitale et péritonéale est frappante, quoique l'on ne puisse pas conclure sur la question de priorité.

III. — Coexistence de la péritonite tuberculeuse et de la pleurésie. Loi de Godelier..... 59

En 1884, GODELIER a formulé cette loi :
« Quand il y a péritonite tuberculeuse il y a toujours tuberculisation de l'une des plèvres. » Le contrôle moderne de cette loi prouve qu'elle souffre de nombreuses exceptions, surtout si on vérifie les anciennes inflammations pleurales qui sont très fréquentes, mais assez souvent pas de nature tuberculeuse

La coexistence des deux lésions, quoique fréquente, n'est pas du tout fatale. Les lésions pleurales manquent souvent, même quand il s'agit de lésions péritonéales très anciennes.

Coexistence des lésions génito-péritonéales. Loi de Godelier en défaut..... 66

On peut distinguer deux sortes de péritonites : la première, accompagnant des lésions pleurales, la seconde tirant son origine d'une lésion génitale qui n'atteint que la région pelvienne, et dans ce cas en général, la lésion tuberculeuse ne remonte pas plus haut, ne dépasse pas le diaphragme et n'atteint pas la plèvre.

IV. — Coexistence de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose pulmonaire. La péritonite tuberculeuse confère l'immunité contre la tuberculose pulmonaire 72

Chez les péritonéaux, les lésions pulmonaires sont rarissimes. Quand elles existent, c'est presque toujours la lésion pulmonaire qui a été primitive et cesse d'évoluer quand évolue la péritonite. Cette dernière semble

être une affection bacillaire relativement bénigne et agir comme une vaccination qui, produisant une maladie atténuée, transitoire, protège contre les formes graves de cette maladie.

V. — Deux points nouveaux de symptomatologie.... 79

1° Epreuve de Kuss dans la péritonite tuberculeuse

Le diagnostic de la péritonite tuberculeuse est difficile à établir, les erreurs sont extrêmement fréquentes, et souvent la maladie n'est que tardivement dépisée.

En cas de doute, dans les affections abdominales, l'épreuve de Kuss, utilisée jusqu'ici seulement pour la tuberculose pulmonaire, démontre nettement la nature bacillaire de l'affection.

2° Troubles menstruels dans la péritonite tuberculeuse 83

Il est étonnant que ce symptôme sur lequel la littérature classique donne une abondance de détails en cas de tuberculose pulmonaire, soit passé sous silence en cas de péritonite tuberculeuse. Pourtant, il est très fréquent, très important, et tout à fait différent comme origine, signification et pronostic, chez les malades atteints de tuberculose péritonéale.

a) *Dysménorrhée* 84

S'observe dans quelques péritonites pelviennes et est causée par une rétroversion utérine, fixée par des adhérences péritonéales.

b) *Oligoménorrhée* 84

Fréquente dans la péritonite tuberculeuse, cesse par l'amélioration de l'état général.

c) Aménorrhée	85
---------------------	----

Toujours signe d'un désordre sérieux dans la péritonite tuberculeuse, peut venir de deux causes :

1° Déficience de l'état général (signe banal et commun à beaucoup d'autres maladies).

2° Cause locale, par lésion génito-péritonéale.

Cette dernière origine est bien compréhensible, étant donné les larges communications ouvertes entre les trompes de Fallope et la séreuse péritonéale.

Cette aménorrhée est un signe d'alarme extrêmement précoce, et par principe, chez toutes les femmes atteintes d'aménorrhée, en dehors des causes physiologiques (grossesse, etc.), ou de maladie constitutionnelle grave, une lésion pelvienne doit être soupçonnée.

L'aménorrhée par lésion génitale se divise en trois groupes :

a) troubles résultant d'une lésion génitale primitive qui se manifeste avant la localisation péritonéale;

b) troubles génitaux-péritonéaux simultanés ;

c) troubles génitaux secondaires résultant d'une lésion péritonéale primitive et qui se manifeste tardivement.

d) Ménorragie et Métorragie.....	93
----------------------------------	----

Assez rares dans la péritonite tuberculeuse.

VI. — Traitement de la péritonite tuberculeuse.....	95
---	----

1° Traitement médical.....	95
----------------------------	----

2° Traitement chirurgical.....	95
--------------------------------	----

Jusqu'à ces dernières années, la laparotomie était sans rivale parce qu'il n'y avait pas d'autres moyens de traitement de la

péritonite tuberculeuse. Le traitement médical ne donnant pas de résultats appréciables.

A présent, il existe de nombreuses méthodes nouvelles qui donnent de très bons résultats (surtout la physiothérapie, les différentes radiations). Il y a embarras du choix, cependant, de toutes ces méthodes nouvelles, la plus importante est l'héliothérapie.

3• Héliothérapie	99
a) Effet de la cure solaire dans la péritonite tuberculeuse	99

Le soleil a une action microbicide, récalcifiant, sclérosante, analgésique, cicatrisante, il stimule la phagocytose, agit sur le métabolisme basal, l'échange pulmonaire devient plus intense, l'ascite diminue, les gâteaux péritonéaux se fondent. La tension artérielle baisse au début du traitement, puis remonte plus tard. Pendant l'insolation, si la température extérieure est plus élevée que celle du corps, la tension artérielle baisse et inversement.

La diurèse augmente, les évacuations intestinales se rétablissent. La transpiration favorise l'élimination des toxines microbiennes. Une pigmentation apparaît, mais son intensité ne doit pas être considérée comme un élément de diagnostic, elle se produit aussi dans les états anémiques. Le poids augmente, l'appétit, les forces, le sommeil reviennent, l'état général se remonte.

Le soleil donne une sensation de paresse, d'euphorie.

b) Instructions pour l'examen du malade.....	111
--	-----

Peser, mesurer la circonférence de l'abdomen, prendre la tension artérielle, appliquer

l'épreuve de Kuss, faire la numération glô-
bulaire, interroger sur les troubles mens-
truels, pratiquer le toucher qui révèle sou-
vent une lésion génitale inattendue.

c) Instructions pour la cure solaire..... 115

Le soleil doit être dosé, il faut en con-
naître la posologie, on doit le manipuler
très prudemment, commencer par les pieds,
augmenter progressivement la durée des cures
et arriver à l'exposition totale du corps en-
tier au soleil, sauf la tête.

d) Où doivent se faire ces cures ?..... 120

Autant que possible au grand air et à l'al-
titude. Faute de moyens, on peut les faire
partout, quoique les premières conditions
soient les meilleures.

e) Pronostic, résultats, durée du traitement... 123

Le résultat est bon, même dans les cas
avancés, c'est une question de temps, tout
simplement; il dépend beaucoup de l'âge
des malades et de la maladie. Il est recom-
mandé aux malades guéris de faire annuel-
lement deux mois de cure préventive.

f) Accidents, insuccès et contre-indications de
l'Héliothérapie 129

Erythème, céphalée, troubles visuels, ver-
tiges, nausées, épistaxis, congestion céré-
brale, palpitations, tachycardie, méningite,
artério-sclérose. Ces accidents ne survien-
nent pas au cours d'une cure bien dirigée.

Contre-indications : chez certains pulmo-
naires, en cas d'hyperthermie augmentant
même après la période d'entraînement,
états cachectiques, sujets trop âgés, artério-
scléreux, cardiaques non compensés, urémie.

g) Accoutumance à l'Héliothérapie..... 135

N'a encore fait l'objet d'aucune étude. Elle existe comme pour les médicaments. Les doses initiales doivent être augmentées progressivement pour obtenir le même résultat. La pigmentation est un obstacle à la pénétration des rayons solaires (nègres). Il est bon de remplacer de temps en temps la la cure solaire par la cure d'air.

VII. — Les rayons ultra-violets..... 139

Constituent le meilleur traitement, faute de soleil. Avantages : séances courtes, pouvant se faire partout et par n'importe quel temps.

Inconvénients : résultats un peu inférieurs à ceux de l'héliothérapie, faute de la cure d'air, de la discipline, de l'hygiène et du repos de la vie sanatoriale.

Il faut pratiquer l'irradiation totale du corps. -

a) Méthode de Vignard..... 145

Rayons ultra-violets par lampes de quartz à vapeurs de mercure, de 3.000 à 6.000 bougies.

5° Les rayons X (rayons de Roentgen)..... 147

On les trouve généralement dangereux, mais ils donnent parfois de bons résultats.

6° Méthode de Saidman (Polyradiothérapie)..... 149

Consiste dans l'association des rayons X, rayons ultra-violets, rayons visibles, infra-rouges, et les courants de haute fréquence. Compte à son actif de bons résultats.

Méthode chirurgicale et ses combinaisons avec les différentes irradiations 152

7° Méthode de Témoin.....	152
Laparotomise toutes les péritonites tuberculeuses <i>sans exceptions</i> , sous l'irradiation solaire. Pour les résultats, voir discussion, chapitre : Héliothérapie ou Laparotomie ?	
8° Méthode de Léo.....	155
Préconise l'Héliothérapie, sauf en cas d'abcès enkystés à parois très épaisses où il opère avec Héliothérapie pré- et post-opératoire.	
Il démontre le rôle important de l'Helminthiase dans la péritonite tuberculeuse et l'appendicite.	
9° Sérothérapie et vaccinothérapie.....	162
Pas encore de résultats définitifs.	
A. Extraits méthyliques de bacilles tuberculeux.	164
Les expériences sont encore trop peu nombreuses et trop récentes pour qu'on puisse actuellement en tirer des conclusions définitives.	
10° Bains de lumière électrique.....	166
11° Diathermie	166
12° Autohémothérapie	166
13° Radiumthérapie	166
14° Paracentèse	166
15° Injections modificatrices.....	166
16° Injections d'air dans la cavité péritonéale....	166
17° Pneumosérum de Mathieu.....	166
18° Drainage continu	166
VIII. — Héliothérapie ou Laparotomie ?.....	168
Les opinions sur les différents traitements de la péritonite tuberculeuse et leurs résultats sont tout à fait diverses et contradictoires.	

1° Extraits des réponses françaises..... 171

L'opinion actuelle du monde médical sur cette question est précisée par les réponses des Prof. et Doct. suivants :

ALGLAVE, AMEUILLE, ARMAND-DELILLE, LÉON BÉRARD, BEZANÇON, BRINDEAU, BRODIEZ, BRÛLÉ, BUFNOIR, BIANCANI, CADE, CARA, CUNÉO, CAUSSADE, DELHERM, DELORE, DUMAREST, J.-L. FAURE, FOREST, FOUBERT, GOUILLOUD, HARTMANN, JAUBERT, JEANNENEY, DE JONG, JOUSSET, LAQUERRIÈRE, LABBÉ, LECÈNE, LE FORT, LEGUEU, LÉO, LERICHE, LÉRI, LÉPER, MACAIGNE, GÉRARD, MONOD, PECH, PELLANDA, RENANAULT, SAIDMAN, SARDOU, SERGENT, SOLOMON, TÉMOIN, TUSSEAU, VIGNARD.

Cette enquête démontre que des nombreuses thérapeutiques, au point de vue efficacité, deux seules restent en présence : l'Héliothérapie et la Laparotomie.

2° Avantages, inconvénients et dangers de la laparotomie 209

Avantages de la laparotomie : C'est une incision bénigne, simple, après ouverture de l'abdomen, on travaille à ciel ouvert; le résultat est assez souvent immédiat, mais de tout cela il ne faut pas conclure qu'elle soit indiquée dans tous les cas de péritonite tuberculeuse. Inconvénients : En cas de péritonite tuberculeuse à marche aiguë, la mort non pas immédiate, mais dans les semaines qui suivent l'opération, est extrêmement fréquente, par granulie, méningite. L'organisme profondément infecté ne doit pas être touché, même sous l'anesthésie locale. L'Héliothérapie est préférable.

Dans les formes ulcéro-caséeuses et fibro-adhésives, il y a un ramollissement des tis-

sus et une grande friabilité des viscères. La perforation, les déchirures intestinales, fistules stercorales, sont la conséquence de l'intervention. Dans ces cas aussi, l'Héliothérapie est nettement supérieure.

Dans les lésions circonscrites autour d'un viscère, même si on opère, il faut limiter l'intervention et ne pas la pousser plus avant. Les statistiques sur les résultats obtenus par la laparotomie montre des différences considérables, de 20 à 90 % suivant les auteurs.

La forme ascitique simple, à petit épanchement, guérit aussi spontanément, et les résultats obtenus dans ces cas ne prouvent rien en faveur de l'acte opératoire.

Dans toutes les formes, la laparotomie ne donne assez souvent ni la guérison, ni une amélioration durable.

Aujourd'hui on a l'habitude d'envoyer les malades laparotomisés faire une cure solaire post-opératoire. Les malades ne guérissent pas plus rapidement que ceux qui n'ont pas subi l'intervention.

Dans de nombreux cas où la laparotomie, même plusieurs fois répétée, a échoué, ainsi que les autres traitements, seule l'Héliothérapie a donné la guérison définitive.

3° Indications de la laparotomie..... 216

Cependant il ne faut pas croire non plus que la laparotomie ne soit pas utile et que l'Héliothérapie doive être appliquée systématiquement. Cette dernière, comme la laparotomie, a ses contre-indications (voir p. 133) et son utilité, mais il faut distinguer les différents cas et les formes diverses de la péritonite tuberculeuse.

L'intervention reste indiquée en cas d'ascite rebelle, avec signes de compression en cas de sténose, occlusion, quelquefois dans la pelvi-péritonite à début annexiel, pour supprimer le point de départ de l'infection (Hystérectomie pour annexite bacillaire, colectomie pour tuberculose iléo-cœcale).

En dehors des cas sus-mentionnés, dans la majorité des péritonites bacillaires, c'est l'Héliothérapie qui est seule indiquée et donne les meilleurs résultats.

- 4° La méthode de Témoin doit-elle augmenter le nombre des indications de la laparotomie ?.... 218

La méthode de TÉMOIN est très bonne dans le cas où la laparotomie est indiquée; laparotomiser le tuberculeux sous les rayons solaires donne un résultat infiniment supérieur que sans irradiations, mais le soleil ne change rien aux contre-indications de l'intervention, car c'est l'acte opératoire lui-même qui est nuisible dans les formes ulcéro-caséuses, fibro-adhésives, etc., en provoquant la dissémination bacillaire, les perforations intestinales, etc..., tout à fait indépendamment de ce que l'acte chirurgical avec pénétration difficile dans ces formes, au fond de la cavité, soit faite avec ou sans irradiation.

- 5° Nécessité et résultats de l'Héliothérapie..... 220

L'efficacité et l'inocuité de l'Héliothérapie n'est contestée par personne. Tous les auteurs signalent un pourcentage identique de guérisons et d'améliorations, environ 90-95 %.

Le malade atteint de péritonite bacillaire est avant tout *un tuberculeux*, et les toxines détruisent tout l'organisme.

Il est d'une importance capitale de traiter le *sujet tuberculeux* et non seulement une localisation. La laparotomie ne peut faire que cela.

Les résultats obtenus par l'Héliothérapie et la vie au grand air, le traitement diététique, l'hygiène et la discipline du Sanatorium, sont incomparablement supérieurs, car en dehors du traitement local, ils remontent l'état général et aboutissent à la guérison presque certaine, au lieu d'une amélioration douteuse.

Aujourd'hui, avant d'opérer, il faut appliquer l'Héliothérapie. Grâce aux progrès de la thérapeutique, l'opportunité de la laparotomie diminue, et les idées sur le traitement chirurgical doivent être revisées.

6° Extraits des réponses étrangères..... 226

Réponses des Prof. et Docteurs : HIS (Berlin); ROBERT PHILIP ; D'ARCY POWER (Londres); WILLEMS (Liège) ; MAYO (Rochester, U. S. A.); HESS (New-York); VAN LIER (Utrecht); ROSENTHAL (Budapest); FRUGONI (Florence); LARS EDLING (Lund); DE QUERVAIN (Berne); MARTIN (Genève); ROLLIER (Leysin).

7° Pourquoi l'Héliothérapie n'est-elle pas plus répandue en France ?..... 236

Les réponses étrangères venant même de la part de chirurgiens, sont unanimes à reconnaître que la laparotomie doit céder sa place à l'Héliothérapie. Ce qui cause en France les divergences d'opinions au sujet du traitement de la péritonite tuberculeuse, c'est probablement la fondation trop récente et trop restreinte des dispensaires anti-tuberculeux s'occupant des localisations bacillaires autres que pulmonaires, et du manque de

Sanatoria publics d'Héliothérapie. En conséquence, les péritonites tuberculeuses sont tardivement diagnostiquées et, faute de place, les malades ne peuvent pas être envoyés dans les Sanatoria d'Héliothérapie. On manque d'expériences et d'observations assez nombreuses pour que l' « opinion médicale et publique connaissent suffisamment les résultats merveilleux qu'on obtient par l'Héliothérapie.

Il y a une nécessité absolue de créer non seulement des Sanatoria pour les pulmonaires, mais aussi des Sanatoria de cure solaire dont les autres localisations tuberculeuses puissent profiter.

Les noms de « tuberculose chirurgicale, locale ou externe » sont tout à fait mal choisis et impropres pour la désignation de la péritonite tuberculeuse, ils doivent disparaître complètement car la maladie est, de par son caractère et son traitement, tout à fait médicale.

Il faut donc laisser à la péritonite tuberculeuse son appellation qui désigne aussi bien l'endroit touché que l'agent pathogène.

IX. — CONCLUSIONS.....	242
X. — BIBLIOGRAPHIE.....	245

INTRODUCTION

Nous assistons à une évolution rapide de nos notions sur la tuberculose. Elle est probablement plus fréquente qu'autrefois. Elle est surtout plus souvent et plus tôt dépistée, grâce au nombre croissant des dispensaires spécialisés. Enfin, elle est plus tôt, plus longtemps, plus méthodiquement observée et traitée dans les Sanatoria. Cela explique que plusieurs des notions apprises dans les traités classiques ne correspondent plus à la réalité.

La tuberculose péritonéale est si complexe, c'est une question pathologique encore si vague, si mal connue comme symptomatologie, si discutée comme traitement, qu'il y a sur elle presque autant d'opinions différentes que de spécialistes, de médecins et de chirurgiens. Chacune de ces opinions compte, en effet, les défenseurs les plus convaincus parmi les plus hautes sommités du monde médical.

C'est au cours de nos études et en suivant les leçons cliniques des Professeurs WIDAL et BRULÉ, que nous avons commencé à nous passionner pour cette question, et que nous avons vu les résultats merveilleux obtenus par l'application des rayons ultra-

violet dans les services de radiologie de M. MÉNARD, à l'Hôpital Cochin et présentés à la clinique médicale du Professeur WIDAL.

Vivement intéressé par de nombreuses divergences de vue concernant un chapitre sur lequel il serait de la plus haute importance d'obtenir des éclaircissements et une conclusion précise, nous avons poursuivi cette étude en participant au dix-septième voyage d'études médicales dans les établissements Hélio-Marins de Calais, Berck Zuydecote, etc... Puis en visitant différents Sanatoria de la côte d'Azur, enfin en observant directement et en traitant personnellement les malades au Sanatorium populaire d'Héliothérapie de Courmettes (Alpes-Maritimes), où nous remplissons les fonctions de médecin-adjoint du D^r Gérard MONOD. Nous lui exprimons toute notre gratitude pour l'aide qu'il a apporté à notre travail, en mettant à notre disposition le matériel important des observations recueillies depuis cinq ans dans cet Etablissement et les conseils de son expérience personnelle.

Notre intention n'est pas de présenter ici une étude complète de la tuberculose péritonéale. L'étiologie est celle de la tuberculose en général. L'anatomie pathologique est bien établie. La symptomatologie est bien connue et nous en développerons seulement quelques points particuliers, peu ou non mentionnés dans les ouvrages classiques et par lesquels notre attention a été retenue.

Nous avons été frappés des faits suivants :

1° Les classiques donnent la tuberculose péritonéale comme fréquente chez l'enfant et rare chez l'adulte. Nous notons au contraire sa fréquence relative après la puberté, surtout chez la femme.

2° Les classiques donnent comme constante la coexistence d'une pleurésie (Loi de GODELIER).

Nous avons trouvé souvent cette loi en défaut.

3° La coexistence fréquente des lésions péritonéales et génitales.

4° Les troubles menstruels qui, chez les femmes, précèdent ou accompagnent la péritonite tuberculeuse, troubles signalés dans nos traités médicaux à propos de la tuberculose pulmonaire, mais dont ils ne parlent pas au sujet de la péritonite tuberculeuse.

5° L'inutilité dans la majeure partie des cas de la laparotomie, quoiqu'en général la littérature médicale la désigne comme le « traitement de choix » et lui consacre une étude presque exclusive.

6° Les effets surprenants de l'Héliothérapie et des rayons ultra-violets, qui diminuent considérablement l'utilité de l'intervention sanglante et nous permet de classer dorénavant la péritonite tuberculeuse dans le domaine médical au lieu de celui de la chirurgie.

Afin d'avoir sur ces questions les opinions des maîtres les plus compétents et pour préciser les idées modernes sur ces quelques points, nous avons interrogé les professeurs, les médecins, les chirurgiens des hôpitaux des grandes villes qui ont été à même d'observer ou d'opérer un grand nombre de cas; les gynécologues qui pouvaient nous renseigner sur les rela-

tions de notre maladie avec les lésions génitales ; les médecins des dispensaires et de sanatoria en état d'observer précocement les maladies et de nous parler de cins des dispensaires et de sanatoria en état d'observer précocement les maladies et de nous parler de la coexistence fréquente ou non de la tuberculose péritonéale et de la tuberculose pulmonaire ; les médecins spécialistes des traitements physiothérapiques qui ont été proposés. Nous avons donc envoyé à trois cent-cinquante médecins de France et de l'étranger le questionnaire suivant :

1. *Tout en admettant que la péritonite tuberculeuse soit plus rare chez les adultes que chez les enfants, pensez-vous que les cas soient plus nombreux qu'on ne le croit en général, et plus souvent diagnostiqués de nos jours qu'autrefois, surtout depuis que les dispensaires, avec leurs médecins spécialistes fonctionnent ?*

2. *Croyez-vous que la tuberculose péritonéale soit une localisation primitive ou secondaire ; si secondaire, quelle est son origine ?*

3. *Croyez-vous que la loi de GODELIER : « Quand il y a péritonite tuberculeuse, il y a toujours tuberculisation de l'une des deux plèvres » soit exacte ?*

4. *Croyez-vous qu'il y ait une coexistence fréquente de la tuberculose génitale et péritonéale ? Si oui, quelle est la lésion primitive et comment peut-on la déterminer ?*

5. *Avez-vous remarqué chez les femmes adultes des troubles menstruels précédant ou accompagnant*

la péritonite tuberculeuse ; si oui, lesquels, et d'où proviennent-ils ?

6. *Croyez-vous que, dans la péritonite tuberculeuse, la laparotomie soit nécessaire ; si oui, dans quels cas ; ou trouvez-vous que l'on exagère la fréquence de cette intervention ?*

7. *Etes-vous d'avis de faire subir au malade des irradiations solaires ou par rayons ultra-violet, avant, pendant ou après la laparotomie ; ou pensez-vous que l'Héliothérapie puisse remplacer entièrement l'intervention chirurgicale ?*

8. *Etes-vous partisan du traitement de la péritonite tuberculeuse par l'Héliothérapie ? les rayons ultra-violet ? les rayons X ? la sérothérapie ?*

Nous exprimons ici toute notre reconnaissance à ces Maîtres, pour les réponses si complètes, si claires et si bienveillantes qu'ils ont bien voulu nous adresser, et qui donnent à notre travail toute sa valeur.

Ce sont les résultats de cette vaste enquête, ainsi que ceux de nos études personnelles et l'exposé de la méthode qui nous paraît la meilleure dans la plupart des cas, que nous publions aujourd'hui.

Au lieu de rejeter nos observations à la fin de notre étude, nous avons pensé qu'il valait mieux illustrer chaque point particulier envisagé dans leurs relations d'un ou deux des cas les plus typiques que nous avons observés. Il va sans dire que pour chacune de ces formes nous pourrions citer de nombreuses observations personnelles, mais leur répétition n'aurait pas d'intérêt.

I. - Fréquence relative de la péritonite tuberculeuse chez les adultes

Les traités nous disent que la tuberculose péritonéale est l'apanage des jeunes enfants, surtout des filles, de 4 à 12 ans, et moins fréquente de 12 à 16 ans. Ils s'occupent beaucoup de la symptomatologie de la péritonite infantile, mais ne parlent que vaguement de cette localisation chez les adultes, la jugeant très rare. Nous étudierons spécialement cette question négligée, et ne nous occupons que de la péritonite tuberculeuse chez les adultes, particulièrement chez les sujets du sexe féminin au-dessus de 16 ans.

Notre opinion personnelle est que la tuberculose péritonéale est beaucoup plus fréquente chez les adultes qu'on ne le croit en général, surtout de 16 à 30 ans, moins fréquente de 30 à 50 ans, et devient exceptionnelle au-dessus de 50 ans. Nous pouvons cependant citer les cas observés par les docteurs BUFNOIR et MAUCLAIR chez un homme âgé de 60 ans ⁽¹⁾.

(1) BUFNOIR : *Héliothérapie et tuberculose péritonéale. Le Journal Médical Français*, juillet 1923.

et par le D^r CHASSIGNEUX ⁽¹⁾ chez une femme âgée de 57 ans.

Comment se fait-il que les péritonites bacillaires soient plus souvent diagnostiqués de nos jours qu'autrefois, ainsi que nous le croyons.

Nous nous demandons s'il faut y voir une localisation plus fréquente actuellement du bacille de Koch sur le péritoine ?

D'autre part, d'une façon générale, toutes les maladies sont plus souvent reconnues, à cause des progrès de la science médicale, des études plus approfondies, de l'examen des pièces opératoires et des autopsies.

Le professeur agrégé ALGLAVE ⁽²⁾ nous écrit à ce sujet : « Nous faisons plus souvent qu'autrefois le diagnostic de la péritonite tuberculeuse, à mesure que nos connaissances sur les formes de la maladie et sa physionomie clinique se précisent. »

Le professeur J.-L. FAURE ⁽³⁾ trouve « bien certain que l'on diagnostique la péritonite tuberculeuse plus souvent qu'autrefois, comme toutes les autres maladies d'ailleurs. »

Sir Robert PHILIP ⁽⁴⁾, correspondant de l'Académie de Médecine, professeur de Phtisiologie à l'Université d'Edimbourg, où une chaire spéciale pour cette branche de la science médicale a été créée depuis

(1) CHASSIGNEUX : *Contribution à l'étude du traitement de la Péritonite tuberculeuse par les rayons ultra-violets* (Le François, 1925).

(2) Lettre n° 55.

(3) Lettre n° 72.

(4) Lettre n° 127.

plusieurs années déjà, confirme également notre manière de voir et trouve que la tuberculose attaque le péritoine chez les adultes plus fréquemment que le courant de l'enseignement habituel ne semble l'indiquer. Elle peut se produire à tous les âges et, quoique beaucoup plus fréquente dans l'enfance, elle est assez commune dans l'âge moyen.

Le fonctionnement des *dispensaires antituberculeux*, qui ont pour but de dépister toutes les formes de la tuberculose : pulmonaires, maux de Pott, péritonites, ganglions, arthrites, coxalgies, tumeurs blanches, etc., y est aussi pour beaucoup, et ainsi que nous l'écrit le D^r CARA ⁽¹⁾, les statistiques de nos jours sont mieux faites et mieux fournies grâce aux médecins spécialistes (dispensaires, etc.) et à l'organisation publique et privée de la lutte contre la tuberculose.

De notre part nous pouvons donner comme preuve le fait que presque tous nos hospitalisés du Sanatorium de Courmettes nous sont envoyés par les dispensaires de diverses parties de la France, lesquels dépistant la tuberculose (soit péritonéale, soit autre) dirigent aussi les malades sur d'autres sanatoria publics.

Le Prof. JEANNENEY ⁽²⁾ est convaincu que le rôle joué par les dispensaires dans le dépistage de la péritonite tuberculeuse est susceptible de rendre les plus grands services.

Le Prof. agr. DE JONG ⁽³⁾ croit à la fréquence rela-

(1) Lettre n° 66.

(2) Lettre n° 78.

(3) Lettre n° 79.

tive de la péritonite tuberculeuse chez l'adulte et à la possibilité du rôle des dispensaires, car beaucoup de médecins praticiens n'y pensent pas.

Le D^r ROLLIER ⁽¹⁾, de Leysin, croit également que la péritonite tuberculeuse de l'adulte est plus fréquente qu'on ne le suppose et que les dispensaires, pourvus de spécialistes, doivent être d'un grand secours pour le dépistage suffisamment précoce de cette affection. Nous excepterons une grande partie des dispensaires, surtout de Paris, qui ne s'occupent que de l'examen des tuberculeux pulmonaires, et d'où nous avons vu renvoyer des malades atteints de péritonite bacillaire, sans examen préalable de leur état péritonéal. Il est regrettable que les médecins de ces dispensaires n'attachent pas une plus grande importance aux localisations tuberculeuses autres que celles pulmonaires, et il est bien évident que ces établissements ne sont pour rien dans le dépistage plus fréquent de la péritonite bacillaire.

Le Prof. WILLEMS ⁽²⁾, de Liège (Belgique), correspondant de l'Académie de Médecine de Paris, pense que « la péritonite tuberculeuse de l'adulte est certainement moins rare qu'on ne l'a cru autrefois. Elle est d'abord mieux diagnostiquée qu'elle ne l'était; mais sa fréquence paraît aussi grande dans la réalité. »

Toutefois, si cette affection est plus souvent diagnostiquée de nos jours, il est bien certain qu'elle ne l'est pas aussi fréquemment que le nombre réel

(1) Lettres n^{os} 137 et 137 a.

(2) Lettre n^o 130.

des cas le nécessiterait. D'abord parce que beaucoup de médecins n'y pensent pas. De même que l'on voit trop souvent des sujets atteints de mal de Pott traités pour lumbago sciatique ou rhumatisme, de même on voit traiter comme entérite, appendicite chronique, etc., des malades réellement atteints de péritonite tuberculeuse. D'autres fois, on attribuera à une salpingite banale, par exemple, des troubles annexiels dus à la tuberculose, et accompagnés bien souvent de réactions péritonéales tuberculeuses; là encore, c'est parfois l'intervention ou l'autopsie qui révèle la nature du mal. Souvent aussi, la réaction péritonéale est si légère, le retentissement sur l'organisme est si peu marqué, l'infection est réellement si atténuée et si bénigne, que les lésions passent entièrement inaperçues. Cela est confirmé par l'opinion du D^r van LIER ⁽¹⁾, d'Utrecht (Hollande), qui nous écrit que la péritonite tuberculeuse chez les adultes est plus fréquente qu'on ne le croit et devrait être plus souvent diagnostiquée.

Nous donnons ci-après quelques-unes des réponses qui nous sont parvenues à ce sujet : Le D^r BUFNOIR ⁽²⁾ trouve que les péritonites tuberculeuses sont très fréquentes chez l'adulte. Il en soigne davantage que d'autres tuberculoses chirurgicales. Le diagnostic posé est le plus souvent celui d'appendicite; on opère et l'on trouve un semis de granulations sur le péritoine et l'intestin. Cet avis concorde avec celui du

(1) Lettre n° 131.

(2) Lettre n° 63.

D^r GÉRARD MONOD qui, comme le D^r BUFNOIR, a dirigé pendant la guerre d'importants centres héliothérapiques et depuis un établissement spécialisé.

Le Prof. JEANNENEY ⁽¹⁾ est convaincu que les cas de péritonite tuberculeuse sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense en général, ainsi que le prouve l'examen de toutes les pièces opératoires enlevées pour annexite banale et s'accompagnant, à l'opération, d'un léger épanchement.

Par contre, dans bien des cas où l'on pose le diagnostic de péritonite tuberculeuse, il s'agit en réalité de lésions viscérales, de salpingite, de tuberculose du mésentère, etc...

En résumé, nous pouvons dire avec PETER : « *Le ventre attend encore son Laënnec.* »

On peut observer que les femmes sont beaucoup plus souvent atteintes de péritonite tuberculeuse que les hommes.

C'est également l'opinion des Prof. LÉON BÉRARD ⁽²⁾ et BRULÉ ⁽³⁾, qui trouvent que la tuberculose péritonéale est fréquente chez l'adulte jeune, avec prédominance chez la femme.

MATHIEU ⁽⁴⁾ donne une statistique de 2 hommes contre 8 femmes = 75 % femmes.

CHASSIGNEUX ⁽⁵⁾, dans sa thèse sur l'application des rayons ultra-violet pour le traitement de la périto-

(1) Lettre n° 78.

(2) Lettre n° 58.

(3) Lettre n° 62.

(4) CHASSIGNEUX : *Traitement de la Péritonite tuberculeuse par*

(5) MATHIEU : *Héliothérapie à l'altitude* (Maloine, 1923).
les rayons ultra-violet (Le François, 1925).

nite tuberculeuse, donne 18 observations parmi lesquelles nous relevons des âges très différents, la plus jeune des malades citées ayant 16 ans et la plus âgée 54; 4 ont moins de 20 ans, 5 sont au-dessus de cet âge, et 3 ont plus de 30 ans.

La statistique du Sanatorium de Courmettes donne les résultats suivants :

Sur 380 cas traités de lésions tuberculeuses *autres que pulmonaires* et justiciable de la cure héliéo-aérothérapique, on observe 91 péritonites bacillaires, dont 73 adultes et 18 enfants, parmi les adultes 55 femmes et 18 hommes.

II. — La péritonite tuberculeuse est-elle primitive ou secondaire ?

Les réponses parvenues à notre enquête ne permettent pas de donner une solution ferme à cette question. Comme nous l'écrivit le D^r CAUSSADE ⁽¹⁾, elle est difficile à résoudre, on ne peut actuellement rien dire à cet égard.

Cela se conçoit aisément. Selon le Prof. FRUGONI ⁽²⁾, de Florence : « Au sens anatomo-pathologique, la péritonite tuberculeuse ne peut jamais être primitive; du point de vue clinique, elle peut apparaître comme telle. »

En effet, l'esprit saisit mal comment l'infection tuberculeuse envahirait le péritoine et s'y développerait sans aucun relai antérieur en un autre point de l'organisme. Le D^r MACAIGNE ⁽³⁾ nous semble exprimer une opinion très sensée : « La tuberculose péritonéale me paraît être une localisation secondaire dont le point de départ passe généralement inaperçu et qui la fait considérer comme primitive à l'exemple de la pleurésie. En tous cas son origine n'est pas univoque. »

Pour le D^r DELORE ⁽⁴⁾, de Lyon : « La péritonite est

(1) Lettre n° 68.

(2) Lettre n° 134.

(3) Lettre n° 91.

(4) Lettre n° 70.

souvent secondaire à une lésion tuberculeuse de l'intestin ou des ganglions. » Le D^r DUMAREST ⁽¹⁾, d'Hautleville, pense : « Que, d'une façon générale, les localisations intestinales de la tuberculose sont très fréquentes, et le plus souvent méconnues, parce que sans symptomatologie. Les réactions péritonéales du voisinage, latentes, doivent être par conséquent très communes aussi. Je suis convaincu que le diagnostic précoce de la tuberculose intestinale et son traitement chirurgical sont appelés à prendre dans la pratique phthisiologique une place qu'on ne soupçonne pas actuellement. »

Nous citons ici une observation personnelle de tuberculose à début clairement intestinal. Dans ce cas, l'intervention chirurgicale n'a pas amené la guérison qui ne semble survenir que maintenant après une très longue période d'héliothérapie.

OBSERVATION N° 1

M^{lle} Augustine C... — 38 ans. Première entrée le 1^{er} juin 1922, sortie le 1^{er} novembre 1922; deuxième entrée le 10 mars 1923, encore en traitement. Hospitalisée par le Ministère de l'Hygiène.

Père mort à 33 ans de congestion cérébrale. Mère morte à 22 ans de tuberculose pulmonaire. Une sœur morte à 21 jours probablement de méningite tuberculeuse.

Santé généralement mauvaise. Née à sept mois, sa mère meurt deux mois après; l'enfant est élevée par une nourrice. Pneumonie et rougeole en bas âge. Réglée à onze ans et demi; les menstrues sont régulières, tous les 28 jours, et

(1) Lettre n° 71.

durent six jours avec fort écoulement pendant les trois premiers jours.

De 10 à 28 ans, pas de maladie. Le 17 décembre 1915, la malade qui s'était couchée en pleine santé apparente est réveillée pendant la nuit par de violentes douleurs qui lui arrachent des cris de souffrance. Douleurs en ceinture, passant au-dessus de l'ombilic, avec irradiations dans les deux flancs et surtout les reins. Cette crise dure 4 heures; puis cesse complètement et ne reparait plus pendant deux mois. En février, nouvelle crise qui dure 7 heures; à partir de ce moment, les crises se renouvellent et deviennent de plus en plus rapprochées. Fait intéressant, elles ne se produisent jamais dans la matinée ni l'après-midi, mais d'une façon régulière toujours vers 7 heures du soir, avant le dîner, ou à 2 heures du matin. Depuis, lorsque la malade souffre, c'est toujours à ces heures-là. Les crises s'espacèrent ensuite tout en diminuant d'intensité comme de durée (30 minutes à 1 h. 1/2); elles sont précédées de douleurs rénales. Elle vomit à la fin des crises.

On traite la malade pour diverses choses et, entre autres, pour l'entérite, troubles gastriques, hépatiques.

En mai 1920, le Dr LAUNAY pense à une appendicite et procède à l'opération. Il trouve un appendice suppuré dont l'examen histologique permet de conclure à une appendicite bacillaire. Il y a également des granulations sur le cœcum et l'on dépiste une péritonite tuberculeuse sans ascite. Suture et réunion par première intention.

Le 6 juin 1920, la malade quitte l'hôpital et on lui donne le conseil d'aller faire une cure solaire. Cependant, elle va passer quatre mois dans un sanatorium de Seine-et-Oise, sans soleil; elle a des transpirations nocturnes. En septembre elle quitte le sanatorium et passe neuf mois chez des parents, son état s'améliore, elle engraisse.

Un an après, sur le conseil de son chirurgien, elle part pour le Midi, le 12 juin 1921, et passe cinq mois à Mougins

(A.-M.) à faire de l'héliothérapie pour la première fois, en cure bien organisée; elle n'a plus de crises et descend à Cannes, à l'Asile Evangélique, où elle continue la cure solaire. Une nouvelle crise éclate, très forte, avec douleurs dans tout le côté gauche. *Une fistule s'ouvre au niveau de la cicatrice*; elle laisse échapper une quantité considérable de pus. On fait appeler le Dr Pruvost qui place des lamineuses dans la plaie et de la glace pendant quinze jours. Cependant l'état général reste bon, et sauf cette crise, la malade n'a jamais eu de température. Mais il survient une *période d'aménorrhée* pendant six mois.

La crise passe et il ne s'en produit plus jusqu'en février et mars, époque à laquelle deux crises légères surviennent, puis un nouveau mieux se fait sentir. Le 31 mai 1922, l'Asile Evangélique ferme et M^{lle} Augustine C... monte à Courmette où elle reste cinq mois pendant lesquels elle fait de l'héliothérapie et n'a qu'une petite crise très atténuée. La fistule se cicatrise pour la première fois. La malade retourne à l'Asile Evangélique de Cannes, mais il y a rechute et la fistule se rouvre. En décembre et en janvier, deux crises nouvelles se produisent. Les chirurgiens consultés (D^{rs} PRUVOST et PILATTE) ne sont pas d'avis d'intervenir à nouveau.

La malade remonte à Courmettes le 10 mars 1923; quelques jours après son arrivée elle fait encore deux petites crises, mais ce furent les dernières. La fistule se cicatrise de nouveau, définitivement cette fois-ci, en septembre 1924.

En résumé, la malade se soigne régulièrement depuis trois ans, et bien que son cas soit un des plus compliqués et qu'elle soit chargée d'antécédents tuberculeux, elle est aujourd'hui complètement guérie, sauf quelques troubles hépatiques, tout à fait indépendants. Le ventre n'est plus ballonné, ce sont les tissus adipeux qui lui donnent un aspect un peu gonflé; il n'y a pas d'ascite, la percussion donne une sonorité normale, la palpation même profonde n'est plus douloureuse, sauf à un seul point, sur la ligne médiane à

six centimètres au-dessus de l'ombilic; c'est d'ailleurs toujours à ce point que les douleurs ont été les plus vives pendant les crises et se font encore vaguement ressentir de temps à autres. Les règles sont maintenant régulières.

Dans un autre cas (observation personnelle), les lésions abdominales paraissent avoir débuté dans la région sous-hépatique, elles ont motivé une première intervention, mais ce n'est qu'au cours d'une troisième opération, deux ans après la première, que la péritonite tuberculeuse est constatée.

OBSERVATION N° 2

M^{lle} Rose P... — Entrée le 9 octobre 1925. Age : 29 ans. Profession : lingère. Envoyée par la mairie de Lyon.

On relève dans les antécédents personnels que le père est mort à 52 ans de phtisie galopante. La mère, qui vit encore, est en bonne santé, sauf du rhumatisme chronique; elle n'a pas eu de fausses couches. Elle a eu dix enfants, six garçons et quatre filles. Deux sont morts en bas âge, un garçon de 24 ans est mort de phtisie galopante. Les autres sont relativement en bonne santé.

Comme enfant, la malade a toujours été de santé générale très faible. Allaitement maternel. A six mois, croup. Toute jeune fille, elle a des migraines, est souvent alitée, a des vomissements.

Réglée très tardivement, à 18 ans, pendant la convalescence d'une bronchopneumonie. Il y a des *périodes d'aménorrhée* qui durent de trois à six mois. Les règles sont toujours en rapport avec la santé : quand elle est un peu plus forte, elles apparaissent; quand il y a de l'asthénie.

elles cessent. Chaque fois, elles durent 4 jours, et généralement ne sont pas douloureuses.

Depuis sa 18^e année, Mlle Rose P... a une angine herpétique, avec température de 42°, d'une façon systématique, régulièrement tous les hivers, dans le courant du mois de mars. A 22 ans, rougeole.

De 1914 à 1916, elle est infirmière à Hyères, soigne les soldats coloniaux qui viennent de Salonique; elle attrape la dysenterie amibienne et retourne à Lyon, où l'examen microscopique des selles confirme le diagnostic. On fait des piqûres d'émétine, qui donnent une amélioration considérable, mais n'empêchent pas les récives. La malade a toujours de la diarrhée, et l'examen coprologique qu'on répète souvent, à Sainte-Eugénie, à Saint-Pothain, à l'Hôtel-Dieu, montre toujours la présence des amibes et des lambias. En 1921, elle va 15 ou 20 fois à la selle; on fait un pneumopéritoine, avec injections d'oxygène, on trouve quelques adhérences. Ce fut la première intervention. La présence des amibes persiste, comme le prouve le dernier examen fait il y a deux mois.

En 1921, survient un ictère, avec température de 40-42°, qui dure cinquante jours, avec rétention, les matières sont décolorées, les urines chargées de pigments biliaires.

Les récives de dysenterie amibienne et, probablement, l'idée que la malade peut faire un abcès du foie, qui est une des complications assez fréquentes de l'amibiase, et les symptômes alarmants que la malade présente, justifient la deuxième opération d'urgence faite par le Dr ROCHET, à Saint-Pothain, le 11 août 1922, et dont elle porte la cicatrice, par une ligne opératoire, qui s'étend de la ligne médiane obliquement de haut en bas et de dedans en dehors (8 c/m au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite; une incision transversale complète cette opération afin qu'on puisse enlever en même temps l'appendice. L'intervention, bien qu'elle témoigne de l'absence d'abcès, était bien néces-

saire et fait découvrir que tous ces symptômes hépatiques étaient dus à une obstruction biliaire, et l'on enlève un gros calcul de cholestérine.

Immédiatement après l'opération, la malade commence à vomir, pendant vingt jours elle ne peut rien prendre, pas même de liquide, les vomissements étaient pleins de bile; on fait du sérum artificiel pendant les vingt jours consécutifs, deux fois par jour, chaque fois une dose de 250 grammes, soit 500 grammes en 24 heures. On met de la glace sur la région hépatique. La malade est très affaiblie, *in extremis*, on fait des piqûres d'huile camphrée, on administre l'alimentation rectale, tout en vain. C'est ainsi que le D^r ROCHET décide une deuxième fois de l'opérer. Il fait une laparotomie exploratrice le 30 août 1922, vingt jours après la première intervention. Sur cette opération, nous n'avons pas de renseignements exacts, la malade suppose qu'on a fait une jéjunostomie.

Après cette intervention, il y a une amélioration, quoique la malade vomisse une ou deux fois par jour, pendant de longs mois. Le travail est impossible; elle fait des crises de temps en temps, et les périodes de diarrhée, de dysenterie reviennent plusieurs fois, les jambes sont enflées, il y a de l'asthénie, de l'inappétence. Au mois de mai 1924, elle va à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate une obstruction pylorique; la malade reste en observation pendant deux mois, et en juillet 1924 le D^r DELORE réopère la jeune fille qui prétend que l'on a refait une jéjunostomie. La cicatrice de cette opération est située au-dessus de l'ombilic et suit parallèlement à 1 c/m de distance la cicatrice de la deuxième.

Au cours de l'intervention, le D^r DELORE constate une *péritonite bacillaire* et conseille l'Héliothérapie. Cette fois-ci, après l'opération, il y a un vrai résultat : la malade va mieux pendant 2 mois, elle ne vomit pas jusqu'en octobre 1924, mais à cette époque une rechute se produit, une crise

violente de péritonite éclate, avec température de 40° fortes douleurs, vomissements. On met de la glace sur l'abdomen, diète pendant plusieurs jours. Les souffrances sont atroces, pendant 8 jours on fait chaque soir une piqûre de morphine, la crise dure 15 jours, puis pendant deux semaines, un mieux passager se fait sentir, auquel succède une crise subite dans la nuit ; on va chercher l'interne de service qui fait une piqûre de morphine, on met de la glace sur l'abdomen ; cette crise dure quatre jours, puis des périodes de mieux relatif et de crises alternent. Cet état persiste de 1924 à 1925.

En janvier 1925, le Dr FAVRE, qui examine la malade, conseille une nouvelle opération; il a une consultation avec le Dr DELORE qui, très naturellement, s'oppose à cette nouvelle intervention, considérant surtout dans quel état se trouve la malade, conseille l'Héliothérapie, et de soigner tout d'abord, sans opération, la péritonite, puis, s'il y a quelque chose du côté de l'estomac; après avoir guéri la péritonite, on fera le nécessaire.

La malade décide d'aller dans le Midi, mais son état pulmonaire la retient, et elle laisse passer encore plusieurs mois avant de demander son admission à Courmettes, où elle arrive le 21 novembre 1925.

Outre les maladies et opérations dont nous venons de parler, nous devons encore citer : en 1918, grippe espagnole avec complications broncho-pneumonie, et pleurésie sèche du côté droit.

En 1919, crise de rhumatisme articulaire aigu, avec température de 40°. Toutes les articulations sont prises les unes après les autres. On fait des frictions de salicylate de Na, également per os, 8 g. par jour, on met de la glace sur la région cardiaque. La crise aiguë dure deux mois, puis se transforme en un rhumatisme articulaire chronique. Le Dr LANNOIS, à Lyon, examine la malade et constate une artrite bacillaire, localisée au poignet gauche. On applique l'Héliothérapie. La guérison survient au bout d'un an. Aujourd'hui,

on ne constate plus grand' chose, sauf la diminution de force dans la main et l'avant-bras gauches.

Quand la malade arrive à Courmettes, elle présente, malgré toutes les misères pathologiques traversées, un aspect extérieur assez satisfaisant. Elle est chlorotique.

Dès les premiers jours, elle se sent beaucoup mieux, mais continue à vomir 2 ou 3 fois par jour, presque jamais le matin, généralement le soir ou la nuit, et régulièrement 3 heures après les repas. Les vomissements sont clairs, jaunes comme si la malade avait mangé des œufs, bilieux, amers, plutôt liquides, et ne contenant que très peu d'aliments.

L'examen de l'abdomen révèle une pigmentation de la peau, causée par les irradiations des rayons ultra-violets, qui ont été appliqués à Lyon, au Sanatorium Sainte-Eugénie, pendant trois mois, avant l'arrivée à Courmettes, et qui, d'une durée de une minute au début, atteignirent progressivement celle d'une heure. On voit également un bourrelet de la peau et de l'intestin, en forme de boudin, qui est situé au-dessus de l'ombilic et fait penser à une éventration. Quand on fait tousser la malade, cela devient encore plus accentué. Après l'ingestion d'aliments, cette partie se gonfle et prend l'aspect d'un utérus gravide au 9^e mois.

La palpation au-dessous de l'ombilic est indolore et ne révèle rien, mais au-dessus de l'ombilic et à droite, dans l'angle des deux lignes opératoires, elle est douloureuse.

Percussion : sonorité exagérée.

Foie : palpation difficile, à cause du gonflement et de l'élasticité de la paroi qui le couvre. Nous y arrivons cependant, pendant la respiration profonde, en enfonçant les doigts. La palpation du foie, comme celle de la vésicule biliaire, n'est pas douloureuse ; on remarque que le point vésiculaire de Chauffard ne correspond pas à la vésicule biliaire, elle est déplacée.

La percussion révèle un foie augmenté de volume et qui dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes.

La rate, quoique difficilement palpable, laisse percevoir son bord crénelé, elle est légèrement augmentée de volume. La malade prétend qu'on l'a trouvée beaucoup plus volumineuse auparavant.

Langue : bien rouge, pas de leucoplasie buccale.

Dentition : très bonne, un peu décalcifiée.

Poumons : *Inspection* : atrophie, amaigrissement considérable, 2 trous dans les fossettes sous-claviculaires, à la respiration, immobilité au-dessus de la clavicule gauche. *Percussion* : matité au sommet gauche, submatité au sommet droit. *Auscultation* : murmure vésiculaire abolie au sommet gauche, très diminué à droite. Géode net et foyer limité à gauche, craquement.

Cœur : rien à signaler.

Pouls : 72.

Tension artérielle : 9/12 Pachon.

Pas d'adénopathie.

Urine : Pas d'albumine, mais phosphaturie.

Poids : Il y a 6 ans, la malade pesait 70 kilos; elle a perdu 26 kilos et ne pèse donc plus que 44 kilos.

Réflexes : normaux.

Yeux : en myosis.

En résumé, c'est une malade qui réside depuis six ans dans les hôpitaux. L'évolution de sa maladie s'est faite très lentement, avec des périodes d'amélioration. Dans son observation, on peut relever une dysenterie ambiennne récidivante, une péritonite plastique, des troubles pyloriques, gastriques et hépatiques. Géode au sommet gauche, forme sclérofibreuse.

Depuis son entrée à Courmettes la malade a meilleur appétit, digère bien, son état péritonéal est considérablement amélioré mais les troubles pyloriques et les vomissements persistent, quoique diminués et seulement bi-quotidiens,

toujours trois heures après les repas. En janvier, il s'y ajoute une crise de dysenterie amibienne, avec température de 38° le soir, 36°7 le matin, ténésme rectal, fourtes douleurs, tristesse, abattement général. La malade s'alimente avec des pâtes, deux fois par jour. Cette crise cède, mais malgré l'amélioration (augmentation de 1.500 gr. en deux mois, pour la première fois depuis qu'elle est malade), elle perd patience, quitte le Sanatorium de Courmettes, le 6 février 1926, pour rentrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon.



Les D^{rs} VIGNARD ⁽¹⁾ et GÉRARD MONOD ⁽²⁾ pensent que la péritonite tuberculeuse se développe assez souvent, surtout peut-être chez l'enfant, autour de ganglions mésentériques eux-mêmes infectés par voie lymphatique. Le mésentère est un organe très riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques et en ganglions. Là, comme partout, ces derniers réagissent précocement à l'infection tuberculeuse, et leur atteinte est longtemps torpide.

Elle se manifeste lorsque, autour d'eux, se développent des néoformations péritonéales ; lorsqu'une ascite fait son apparition, lorsqu'ils subissent une fonte caséuse, donnant lieu à des abcès et accélérant par elle-même la formation des adhérences plastiques.

Cette opinion des D^{rs} MONOD et VIGNARD se trouve

(1) Lettre n° 104.

(2) Lettre n° 92.

confirmée par l'observation caractéristique, due à l'obligeance du D^r LÉO ⁽¹⁾. Nous donnons cette observation inédite ci-après.

OBSERVATION N° 3

EPIPLOITE, APPENDICITE TUBERCULEUSE ADHÉRENTE A UN FOYER.
D'ADÉNITE TUBERCULEUSE DU MÉSENTÈRE ILÉO CÆCALE

Réséction des tissus tuberculeux. Héliothérapie post opératoire.

M^{me} D..., âgée de 45 ans, présente dans la fosse iliaque une tumeur, du volume des deux poings, assez mobile, sans pourtant quitter la fosse iliaque. Amaigrissement, douleurs abdominales de temps à autre. Alternative de diarrhées et de constipation. Aucuns autres symptômes. Pas de diagnostic défini. On pense à un kyste du mésentère, à une tumeur cæcale.

Laparatomie médiane le 10 avril 1922. On constate que la face droite du mésentère, à 10 c/m du cæcum, est masquée par l'épiploon qui lui adhère et cache un long appendice dont la base cæcale est visible, mais qui disparaît après deux centimètres de trajet, sous cette masse épiploïque, épaisse, granuleuse et adhérente au mésentère. On libère l'épiploon, on resèque l'appendice noyé dans des masses fongueuses. On constate que ces masses constituées par de *gros ganglions mésentériques du volume soit d'un œuf de poule, soit d'une cerise*, soit de dimension intermédiaire et dont le relief soulève la face gauche du mésentère. L'ensemble de ces ganglions de l'épiploon, de l'appendice pris entre les deux et des masses caséeuses peu nombreuses mais réelles, constituait la tumeur sentie cliniquement. Les masses ramollies furent enlevées soit à la compresse, soit à la curette

(1) Lettre n° 86 b.

mousse, sans provoquer de suintement sanguin. Fermeture de l'abdomen avec un drain de sécurité complètement inutile, qui ne donna jamais aucun suintement, mais qui avait pour but de permettre l'entrée de l'air vers les lésions pendant quelques heures de plus que la durée de l'opération. Examen histologique par le Dr GUIEYSSE qui montre la présence de bacilles de Koch dans l'épiploon.

Guérison par première intention. Héliothérapie continue en mai, juin, juillet, août et septembre, au domicile même de la malade, à Boulogne-sur-Seine, à 2 kilomètres de Paris. Revue le 24 octobre 1922, la malade est parfaitement bien portante, a notablement engraisé, n'a plus de nausées et n'a plus de sensation de barre transversale et de pesanteur abdominale. Sa santé est encore bonne l'année suivante. On n'a plus de ses nouvelles depuis cette dernière visite.

Il est fort possible qu'une héliothérapie intensive aurait pu guérir cette malade, sans opération. Mais il faut remarquer : 1° que le diagnostic est inexistant faute de signes pathognomoniques, pour certaines formes de tuberculisation du péritoine, dont cette observation constitue un exemple frappant; 2° même si le diagnostic de lésions tuberculeuses du péritoine avait été fait, l'opération aurait été indiquée à cause de la participation de l'appendice et de sa perforation possible à sa base, en dehors du foyer caséux principal où se trouvait sa pointe; 3° la possibilité du curetage de ganglions mésentériques n'est pas une notion classique; il semblerait qu'une membrane aussi riche de vaisseaux et qui exige tant d'hémostase au cours de la chirurgie intestinale courante, ne supporterait pas un geste aussi offensif et agressif qu'un curetage. La constitution de tissus fibreux de défense contre l'invasion tuberculeuse et qui au niveau des annexes forment des coques épaisses, imperméables à l'action des irradiations solaires, existait aussi dans ce mésentère et constituait une péri-adénite épaisse qui mettait les

vaisseaux mésentériques à l'abri des atteintes de la curette de l'opérateur. Ce curettage doit du reste être pratiqué avec beaucoup de douceur et doit consister plutôt à enlever les tissus libres et qui ne demandent qu'à venir et nullement à racler les surfaces résistantes qui constituent une précieuse barrière, aussi bien à l'infection tuberculeuse qu'à la morsure de la curette.

Le D^r PELLANDA ⁽¹⁾, chef de clinique gynécologique à Lyon, nous a adressé une réponse très complète et fort intéressante grâce au très abondant matériel d'observations qu'il a recueillies et d'opérations qu'il a faites : « La tuberculose péritonéale *est extrêmement fréquente*, beaucoup plus qu'on ne le croit. Il est bien entendu que le début ou l'origine au cours des jeunes années est le plus fréquemment observé, mais le début entre la vingt et la trentième année s'observe fréquemment. Les formes généralisées d'un bloc sont rares; les formes partielles, *locales*, sont *follement fréquentes*.

« La forme de départ génital est celle que j'observe naturellement le plus souvent, et la péritonite bacillaire pelvienne me paraît très fréquente. La symphise séreuse pelvienne avec rétro-déviation en est en somme le type habituel.

« J'ai opéré un peu plus de sept cents rétro-déviation. J'estime qu'une centaine correspondaient à des faits de ce genre. Les lésions tubaires ou ovariennes, cause initiale probable, se sont effacées bien entendu,

(1) Lettre n° 94.

et ne sont plus guère représentées que par l'état atrophique des ovaires plus ou moins scléro-kystiques, ou l'oblitération plus ou moins complète des trompes.

« Plus rarement j'ai observé des péri-viscérites qui, de beaucoup, me semblent plus fréquentes à droite : péri-costales, péri-appendiculaires, et surtout péri-coliques, la coudure en canon de fusil, de l'angle droit, à côté de l'origine vésiculaire, me paraît relever souvent de cette origine.

« La radioscopie permet incontestablement d'enlever au diagnostic trop souvent fait d'entéro-colite simple, des faits de péri-viscérite, qui sont de nature tuberculeuse. »

Dans une seconde lettre ⁽¹⁾, ce chirurgien précise encore son opinion : « Dans une centaine de cas, sur mes 700 interventions pour rétroversion, j'ai constaté par les adhérences péritonéales les oblitérations tubaires, l'état micro-kystique des ovaires, parfois la présence de blocs caséeux, de kystes enrobés, au sein d'adhérences péritonéales, l'existence d'une péritonite bacillaire pelvienne et d'une tuberculose génitale de l'adolescence, ayant évolué parfois, sans laisser rien dans l'histoire clinique de la maladie. Les péritonites bacillaires localisées sont de ces affections qui n'ont parfois jamais laissé dans l'esprit de la malade le souvenir d'un séjour au lit : il faut une laparatomie pour révéler leur existence antérieure.

« Gynécologue, je ne vois que des femmes; la tuberculose annexielle plus ou moins discrète, la tubercu-

(1) Lettre n° 94 a.

lose pelvienne est donc celle que je vois le plus ; de ce fait, je considère la localisation pelvienne comme presque toujours secondaire ou concomitante à la tuberculose annexielle, avec grosse trompe caséreuse, répète, c'est l'extrême fréquence de la tuberculose générale *a minima*, beaucoup plus fréquente que la tuberculose annexielle, avec grabos trompe caséus, ovarite suppurée, etc... Tuberculose *a minima* sans passé clinique bien net, pleurésie vague, vague histoire de gêne ou de douleurs abdominales, le plus souvent sans *aucun séjour au lit*. La jeune fille se marie : elle est plus ou moins aménorrhéiques et surtout dysménorrhéique ; elle souffre du coït, ou bien se désole d'être inféconde. L'examen montre un peu d'aplasie génitale, avec le plus souvent rétroversion plus ou moins fixée. On l'opère pour cette rétroversion et la laparotomie montre les brides péritonitiques, les trompes fermées, des reliquats caséux plus ou moins enkystés et, je l'ai vu souvent, presque toujours au voisinage du pavillon.

« Il s'agit de tuberculose pelvienne, sûrement génitale, qui a évolué plus ou moins sourdement entre 15 et 18 ans, sans avoir, je le répète, jamais nécessité de séjour au lit. On étonne toujours l'opérée ou sa famille en lui signalant le reliquat de lésions qui furent importantes mais silencieuses. »

★
★ ★

Nous publions maintenant un cas semblable.

observé par nous où la lésion génito-péritonéale a évolué silencieusement et m'a été découverte qu'au bout de plusieurs années.

OBSERVATION N° 4

Nous extrayons seulement de cette observation la partie qui nous intéresse actuellement.

M^{me} Fourgon, 30 ans, réglée à 13 ans jusqu'à 20 ans d'une façon normale, pendant trois ou quatre jours, mais les menstruations étaient douloureuses. A 20 ans, état asthénique. Fin 1924 et début 1925, commence à maigrir, ressent des douleurs dans le pelvis; le D^r Mocquet l'examine, et croyant à une péritonite tuberculeuse sans ascite, pratique la laparotomie le 19 novembre 1925. C'est alors qu'on constate une salpingite bacillaire bi-latérale et des granulations sur le péritoine. La malade nous est alors envoyée pour une cure d'Héliothérapie.

*
**

Nous publierons maintenant l'article inédit que le D^r TUSSEAU, Chirurgien en chef de l'Hôpital Saint-Rambert, à Lyon, a bien voulu nous donner comme collaboration à notre enquête et qui, sous une forme spirituelle, révèle une profonde observation ⁽¹⁾.

« La tuberculose péritonéale ne paraît pas primitive, mais si nettement secondaire dans la plupart des cas, qu'on doit considérer la péritonite bacillaire comme un épiphénomène dans le grand drame tuberculeux qui se joue dans un individu.

« C'est un jeu de scène, si les figurants attirent

(1) Lettre n° 103 et 103 a.

l'attention devant la rampe, il n'en est pas moins vrai que le « metteur en scène » est dans la coulisse.

« Dans le péritoine, le bacille est une graine apportée, mais qui ne saurait s'y trouver spontanément sauf, peut-être, à de rares exceptions près, à titre de « laissé pour compte » congénital.

« Secondaire ? Admettons-le, puisque les seules *preuves cliniques et anatomo-pathologiques exactes* sont de ce côté.

« L'origine ? La voie sanguine, les transudations au niveau de capillaires turgescents. Cela est si vrai que, lors d'une mission en Russie du Nord et confins sibériens, nous remarquons, avec le gynécologue russe GAMALEIA, et le chirurgien de Londres, FITZ WILLIAM, que 37 à 38 % des jeunes filles se présentaient aux consultations pour péritonite bacillaire, affirmaient toutes que les incidents abdominaux n'avaient fait leur apparition que peu après les premières congestions tubo-ovariennes de la première menstruation.

« C'est à ce niveau, sans doute, que suinte la digue vasculaire, c'est là que les capillaires distendus abandonnent plus aisément des bacilles errants.

« D'où la si fréquente « péritonite essentielle des jeunes filles », que je qualifierai très volontiers de « péritonite bac-menstruelle » ?

« D'où la prédilection du bassin féminin pour la colonisation tuberculeuse.

« Et c'est ainsi que BROUARDEL avait raison de penser que la tuberculose entre dans le péritoine par les organes génitaux.

« La vascularisation de ces organes favorise d'autant mieux l'infection que le lacis vasculaire subit des marées menstruelles, des congestions répétées.

« Avouons même que beaucoup de cliniciens commencent à se méfier de l'infection conjugale par le coït. Il est un fait, c'est que les nullipares, saines, indemnes de toute tare, mariées à des sujets atteints d'orchite bacillaire ou de prostatite bacillaire, souffrent après quelques mois de vie génitale, de leucorrhée, de salpingite chronique, voire même de bacillose péritonéale.

« Donc, résumons :

« La bacillose péritonéale est le plus souvent, pour ne pas dire, par prudente réserve, toujours, la manifestation secondaire d'une tuberculose lointaine amenée par voie sanguine, et en particulier au niveau des organes génitaux, dont la vascularisation est riche, mais qui a plus facilement des « fuites » à ce niveau.

« Ce n'est pas tout.

« Un proverbe ne dit-il pas que le mal entre par plusieurs portes ?

« Il ne faut pas généraliser. Il y a, à n'en pas douter, une voie lymphatique. Des ganglions mésentériques iliaques plus ou moins caséifiés sont des nids à bacilles.

« Et mon opinion, faite de près d'une centaine d'observations étudiées de près, m'incite à avancer que ce « ganglion étalé en surface », l'appendice, est une autre voie d'accès de la tuberculose péritonéale.

« Le sujet présentant une péritonite bacillaire a

commencé, avant tout symptôme péritonéal (10 ans avant même !), par être un appendiculaire chronique.

« Et chez la femme principalement, sans doute en raison des connexions lymphatiques et des relations de voisinage entre l'appendice et les annexes, le « flirt appendiculo-ovarien de Second » !

« L'appendice crache avec sans-gêne ses bacilles sur le tapis péritonéal ! Ou bien les lymphatiques de Clado, les ganglions posés en postes récepteurs et... émetteurs, lâcheront quelques bacilles.

« Bien entendu, laissons de côté les infections du péritoine résultant nettement d'un ensemencement par rupture au niveau d'un viscère.

« Je fais allusion aux péritonites cryptogènes seules, et je tourne mon attention vers ces responsables : l'appendice, les ganglions abdominaux, les annexes.

« Comment déterminer la lésion primitive ?

« A part le chancre syphilitique, ou les infections nettement localisées, bien malins seraient le clinicien et son complice de laboratoire, pour trouver le « premier agent pathogène » !

« Nous devons nous baser sur :

« 1° Les découvertes opératoires, l'expertise anatomo-pathologique de leur ancienneté;

« 2° L'interrogation, les premières manifestations douloureuses. »

La plupart des réponses reçues font ressortir la coexistence fréquente de péritonite tuberculeuse avec

des lésions tuberculeuses de l'appareil génital de la femme. La majorité des maîtres consultés s'est peu préoccupée de savoir si l'une de ces localisations est primitive à l'autre, et semble penser que le début se fait par infection génitale, avec invasion secondaire du péritoine. Nous devons donc citer l'opinion contraire clairement exprimée deux fois : le Prof. PESTALLOZZA ⁽¹⁾, de Rome, qui la développe longuement dans son opuscule « La Tuberculose génitale chez la Femme » ⁽²⁾, et le D^r DELORE ⁽³⁾, qui ajoute à la phrase déjà citée : « Chez la femme adulte, la tuberculose secondaire à lésions génitales est plutôt exceptionnelle. »

De toute façon, et sans pouvoir conclure sur la question de priorité, ce qui ressort de notre enquête, spécialement auprès des chirurgiens et des gynécologues, c'est LA FRÉQUENCE DE L'ASSOCIATION PÉRITONITE TUBERCULEUSE ET TUBERCULEUSE ANNEXIELLE. Le plus souvent dans ce cas, les lésions péritonéales restent prédominantes ou mêmes confinées dans le bassin.

« Chez les femmes adultes, la péritonite est le plus souvent à point de départ annexielle, avec prédominance des lésions du pelvis. » (Prof. ALGLAVE) ⁽⁴⁾.

Le Prof. J.-L. FAURE ⁽⁵⁾ nous écrit : « Il y a une chose dont je suis certain, c'est que les annexites tuberculeuses sont *très communes* et s'accompagnent

(1) Lettre n° 133.

(2) PESTALLOZZA : *La tuberculosi genitale nella donna*. Rome, 1924.

(3) Lettre n° 90.

(4) Lettre n° 55.

(5) Lettre n° 72.

souvent de tuberculisation péritonéale. Elles guérissent d'ailleurs très bien, même dans les cas graves, et les lésions péritonéales qui les accompagnent guérissent en même temps. »

Le D^r BUFNOIR ⁽¹⁾, de Cannes : « Chez les femmes adultes, maintes péritonites bacillaires ont comme origine des lésions tuberculeuses des organes génitaux. J'ai soigné un certain nombre de malades opérés pour des annexites, qui ont été reconnues d'origine bacillaire, et qui étaient accompagnées de lésions nettes du péritoine de même origine. »

Le D^r AMEUILLE ⁽²⁾ nous signale une observation de péritonite tuberculeuse associée à des troubles utéro-annexiels. Il a pu en faire l'autopsie : il s'agissait d'une métrite caséeuse avec salpingite tuberculeuse.

En résumé, nous constatons la coexistence fréquente de la tuberculose péritonéale avec des lésions viscérales du voisinage, surtout des lésions des organes pelviens, sans qu'il paraisse encore possible de se prononcer définitivement sur la question de la priorité.

En ce qui concerne les troubles causés par ses lésions génito-péritonéales chez la femme, nous en parlerons en détail dans le chapitre : « Troubles de la menstruation ».

(1) Lettre n° 63.

(2) Lettre n° 56.

III. — Coexistence de la péritonite et de la pleurésie

(Loi de Godelier)

En 1884, GODELIER et SEUX, à la suite d'un grand nombre d'observations suivies d'autopsies, ont cru pouvoir formuler la loi de la coexistence de la péritonite tuberculeuse et de la pleurésie bacillaire. FERNET et BOULLAND se sont associés à cette conclusion, que l'on peut formuler ainsi : « Quand il y a péritonite tuberculeuse, il y a toujours tuberculisation de l'une des deux plèvres. »

De bonne heure, dans nos propres observations, il nous a semblé que cette loi ne se vérifiait pas toujours et nous avons posé la question à nos correspondants. Les réponses peuvent se classer en trois groupes :

1° Un certain nombre, parmi lesquels nous notons surtout des médecins, des phthisiologistes, des anatomo-pathologistes, pensent que la loi de GODELIER se vérifie toujours ou très fréquemment. Les P^{rs} et D^{rs} AMEUILLE ⁽¹⁾, BRODIEZ ⁽²⁾, CAUSSADE ⁽³⁾, LEGUEU ⁽⁴⁾, MACAIGNE ⁽⁵⁾, RENAULT ⁽⁶⁾ en sont partisans. Nous pouvons résumer leur opinion par ces mots du D^r BRODIEZ ⁽²⁾ : « Je crois

(1) Lettre n° 56.

(2) Lettre n° 61.

(3) Lettre n° 68.

(4) Lettre n° 85.

(5) Lettre n° 91.

(6) Lettre n° 97.

n'avoir jamais vu de péritonite tuberculeuse sans réaction pleurale à l'auscultation, sans cependant que cette inflammation séreuse de voisinage indique une tuberculisation proprement dite. »

Le D^r ARMAND-DELLÈ (1) nous écrit : « Oui, mais le processus pleural s'atténue souvent très rapidement. La loi est plus générale : Quand il y a péritonite tuberculeuse, c'est qu'il y a eu une granulie atténuée de tout l'organisme, avec élection péritonéale. »

2° Dans un second groupe, le plus nombreux, se rangent les médecins qui sont nettement contre cette loi :

Le D^r JAUBERT (2), d'Hyères, nous écrit : « Il est certain que, dans la pratique, on ne trouve que peu de péritonite tuberculeuse (avec participation pleurale effective. Je n'en possède actuellement qu'un cas ; en recherchant bien, je ne crois pas en trouver plus de 3 à 4 %. »

Le Prof. ALGLAVE (3) pense : « Que les lésions pleurales manquent souvent, même quand il s'agit de lésions péritonéales très anciennes. »

Le D^r VIGNARD (4) n'a constaté la coexistence que cinq fois sur plus de cent cas.

A l'Hôpital maritime annexe de Berck-Plage (5), parmi dix observations que l'on nous a communi-

(1) Lettre n° 57.

(2) Lettre n° 77.

(3) Lettre n° 55.

(4) Lettre n° 104.

(5) Lettre n° 73.

quées, deux cas seulement ont fait une réaction pleurale, et de faible intensité.

Au Sanatorium de Courmettes, sur 73 cas d'adultes, nous avons retrouvé quinze fois, soit dans l'état actuel, soit dans les antécédents, l'existence clinique net d'une lésion pleurale.

Un avis analogue est donné par MM. les Prof. et D^{rs} BRULÉ, BUFNOIR, JEANNENEY, DE JONG, JOUSSET, LERICHE, G. MONOD, VIGNARD, VAN LIER, CARECHT MARTIN (de Genève), LARS EDLING (de Lund), STICH (GÖTTINGEN), ARCY POWER (de Londres), FRUGONI (de Florence).

3° Enfin plusieurs, ou bien ne se prononcent pas, ou bien prennent une position intermédiaire, estimant assez fréquente la coexistence envisagée, mais n'admettent pas qu'on puisse l'ériger en loi ; tels sont les Prof. et D^{rs} CADE, GUILLOUD, L. BÉRARD et PELLANDA, de Lyon; HARTMANN, LABBÉ, LAGUERRIÈRE, LÉRI, LœPER, SERGENT, SOLOMON, de Paris; SARDOU, de Nice; PHILI, d'Edimbourg; WILLEMS, de Liège; DE QUERVAIN, de Berne; BEITZKE, de Graz; ROSENTHAL (de Budapest); HESS, de New-York.

Nous citerons ici très réponses qui nous paraissent de nature à éclairer cette question :

Le D^r CARA ⁽¹⁾ nous écrit : « Je ne suis pas en état de contrôler la loi de Godelier; en tous cas, pour qu'une loi en clinique soit admise aujourd'hui, il faut qu'elle soit contrôlée d'une manière objective avant tout à l'aide de la radioscopie, les constatations

(1) Lettre n° 66.

mécropsiques étant rares dans la péritonite tuberculeuse. L'examen à l'écran nous permet de constater, même longtemps après une pleurésie, des signes extrêmement nets d'une sinusite costo-diaphragmatique, avec modification du mouvement du diaphragme. »

Le Prof. His, de Berlin ⁽¹⁾, répond à cette question : « Cela dépend si l'on veut considérer comme tuberculeux les résidus d'anciennes inflammations que l'on trouve si souvent dans les plèvres. Je n'admet pas indubitablement que tous les cas de péritonite tuberculeuse soient accompagnés d'une tuberculisation de la plèvre. »

Le D^r DUMAREST ⁽²⁾, d'Hauteville, estime que : « L'unité clinique : bacilliose des séreuses, avec association ou alternance d'accidents pleuraux, articulaires, méningés et péritonéaux, est évidente et assez fréquente ; c'est la forme la plus bénigne de la péritonite bacillaire généralisée des adultes. Plus rares sont les péritonites sous-diaphragmatiques d'origine pleurale. »

Il nous semble que ces trois réponses, si on les réunit, peuvent fournir une conclusion qui harmonise les avis d'apparence si contradictoires publiés ci-dessus et qui tous expriment des faits réels constatés par eux. Si nous nous plaçons sur une base anatomique, telle qu'elle peut être vérifiée, soit par l'autopsie, soit par une radioscopie bien faite, il est évident que des lésions pleurales plus ou moins

(1) Lettre n° 423.

(2) Lettre n° 71.

discrètes, plus ou moins cicatrisées, en ne pouvant ni donner de signes cliniques, ni avoir laissé de traces dans la mémoire des malades, sont extrêmement fréquentes, et peut-être bien la règle, non seulement chez les péritonitiques, mais même aussi chez la plupart des individus.

Si nous nous plaçons sur un terrain purement *clinique*, et appelons pleurésie soit une inflammation avec épanchement, soit une atteinte de pleurite déterminant au moins à un certain degré des signes fonctionnels ou stéthoscopiques, nous comprenons que beaucoup de médecins n'admettent pas la loi de Godelier. Il nous semble qu'il peut exister soit des lésions péritonéales localisées ou prédominantes *dans la partie supérieure de l'abdomen* et coïncidant avec une inflammation analogue de la plèvre voisine, quelque soit la succession ou l'intensité relative de l'une ou de l'autre.

Il existe aussi certainement une sorte d'entité bacillose des séreuses. Dans ces cas, la pleurite peut avoir précédé la péritonite; elle peut l'accompagner; elle peut aussi évoluer pendant la convalescence, comme c'est le cas dans l'une de nos observations.

D'autre part, pour la péritonite tuberculeuse, comme pour toute autre localisation, on peut trouver l'histoire d'une pleurésie dans les antécédents souvent très éloignés, sans qu'il soit possible d'attacher à cette notion d'autre valeur que celle d'un argument de plus en faveur de la nature bacillaire de l'affection.

Par contre, l'objection du Prof. *His*, de Berlin, est tout à fait juste que toutes les pleurites ne sont pas de nature tuberculeuse et il ne faut pas les considérer toutes comme telles ; elles peuvent vraiment être indépendantes de lésions péritonéales comme d'atteintes tuberculeuses.

Les médecins phthisiologues, tous munis de la radioscopie, trouveront très souvent des reliquats d'inflammation pleurale atténués, tandis que les chirurgiens et gynécologues jugeront souvent qu'il n'y a pas de pleurésie cliniquement appréciable et susceptible de modifier les indications thérapeutiques.

I. - Coexistence des lésions génito-péritonéales

(Loi de Godelier en défaut)

Une chose qui nous a frappé, pendant que nous avons étudié cette coexistence pleuro-péritonéale, c'est que, chez les malades qui n'en présentaient pas, nous avons presque constamment rencontré des troubles menstruels. Nous avons cru tout d'abord à un simple effet du hasard; mais après avoir constaté cette coïncidence un très grand nombre de fois, nous nous sommes demandés s'il ne fallait pas y voir autre chose. L'idée nous est venue d'examiner plus rigoureusement si, à défaut de la coexistence pleuro-péritonéale, il n'y aurait pas une *coexistence génito-péritonéale*. Nos observations attentives nous ont permis de conclure que, dans un grand nombre de cas, non seulement il n'y a pas lésion pleurale, mais qu'on peut constater une *lésion génitale*. Le plus souvent il s'agit d'une *pelvi-péritonite*, et non d'une *péritonite supérieure*.

Nous croyons, en conséquence, que l'on doit distinguer deux sortes de péritonites :

1° La première s'accompagnant de lésions pleurales ;

2° La seconde prenant son origine dans une lésion génitale, ou précédant cette lésion, qui ne serait alors qu'une localisation secondaire de l'infection tuberculeuse sur les organes génitaux. Dans ces cas, la loi de Godelier fait généralement défaut.

En résumé, si la péritonite tuberculeuse trouve une origine génitale, ou atteint la région pelvienne, elle ne remonte pas plus haut, ne dépasse pas le diaphragme, et n'attaque presque jamais la plèvre. Cela ne veut pas dire que, dans des cas assez rares d'ailleurs, on ne puisse pas trouver l'association des lésions génitales et pleurales, ou encore uniquement des lésions péritonéales sans atteinte génitale ou pleurale constatable.

Cette opinion se trouve confirmée très nettement par ce que nous écrivent les Professeurs et Docteurs JEANNENEY, JOUSSET et ROLLIER :

a) Prof. JEANNENEY ⁽¹⁾ : « Je ne crois pas que la loi de Godelier soit exacte. Très souvent, j'ai vu des tuberculoses péritonéales à point de départ génital chez la femme, indépendamment de toute lésion pleurale clinique et guérissant par un traitement exclusivement abdominal. »

b) Le D^r ROLLIER ⁽²⁾, de Leysin, estime « la loi de Godelier excessive. J'ai ici à vrai dire de très nombreux cas de péritonites ascitiques, consécutives à une pleurésie exsudative, mais aussi beaucoup de

(1) Lettre n° 78.

(2) Lettres n°s 137 et 137 a.

femmes présentant une péritonite d'origine annexielle et dont les plèvres sont intactes. »

c) Enfin, le Prof. André JOUSSET ⁽¹⁾ croit que la loi de Godelier semble inexacte, car il y a nombre de péritonites tuberculeuses à type ascendant, commençant par le pelvis et qui en restent au péritoine, sans jamais atteindre le thorax.

Nous donnons ci-dessous quatre de nos observations, dont la dernière représente un cas typique de lésions génito-péritonéales sans atteinte pleuro-pulmonaire :

a) Péritonite avec intégrité parfaite de l'appareil pleuro-pulmonaire.

OBSERVATION N° 5

M^{lle} Andrée T... — Entrée le 14 octobre 1925. Hospitalisée par le dispensaire d'Epernay.

Rien de particulier dans les antécédents familiaux. La malade a fait une croissance régulière. Coqueluche en bas âge. Réglée à 13 ans. En août 1920, le ventre devient ballonné, mais sans douleurs; le médecin constate une péritonite ascitique. Pendant deux mois un régime alimentaire est suivi. La malade se repose et prend des diurétiques, elle va mieux jusqu'au mois de mars 1925. A cette époque, des douleurs surviennent dans le bas-ventre. Il y a un épanchement abdominal considérable. Le Dr BAYE constate une rechute péritonéale, avec ascite. Au bout de six semaines, elle a perdu 19 kilos. En octobre 1925, le dispensaire d'Epernay envoie la malade à Courmettes où elle a commencé la cure

(1) Lettre n° 80.

solaire, qui est immédiatement suivie d'effet. L'ascite se résorbe, le ventre redevient normal et souple, les douleurs et les vomissements disparaissent, les fonctions digestives se rétablissent et deviennent excellentes. Il n'y a pas de température. La malade ne tousse pas, n'expectore pas, elle ne présente pas de ganglions. Son état pleural et pulmonaire est parfait, ainsi que le prouve un examen radiographique et radioscopique minutieux. La percussion ne révèle rien de particulier. La palpation profonde n'éveille que de vagues douleurs, dans la région iliaque gauche. L'aspect extérieur est bon. Le poids a augmenté de 8 kilos. Après six mois d'Héliothérapie la malade est entièrement guérie, elle n'a jamais fait de complications pleurales. La malade sort en mai 1926 entièrement guérie. Elle a rempli pendant les dernières semaines les fonctions d'aide-infirmière.

b) Péritonite bacillaire dans les antécédents de laquelle nous relevons une pleurésie bien nette.

OBSERVATION N° 6

M^{me} T... — 40 ans, ménagère.

La malade a été en contact avec une belle-fille tuberculeuse, décédée au début de 1925. Quelques semaines après, Mme T... fait une pleurésie purulente, entre à la clinique Sainte-Odile où le Dr HARTMANN, en mars 1925, lui fait une ponction et retire 500 grammes de liquide pleurétique.

c) Péritonite au cours de l'évolution de laquelle nous avons assisté nous-même à l'apparition, au développement et à la guérison d'une pleurésie.

OBSERVATION N° 7

M^{lle} Léa J... — 29 ans, femme de chambre. Hospitalisée par le dispensaire de Vincennes.

Arrive à Courmettes le 8 juillet 1925, avec une péritonite

fibro-adhésive. L'état général est très déficient, les fonctions digestives mauvaises. La malade a des vomissements; elle est très amaigrie et faible.

Après quelques semaines de cure solaire, l'amélioration est arrêtée par une pleurésie droite avec un épanchement moyen. Jusqu'au mois d'octobre, cure d'air sans Héliothérapie. Le liquide se résorbe.

Du 15 octobre au 15 novembre, exposition prudente au soleil. A partir du 1^{er} décembre 1925, la malade fait de l'Héliothérapie comme les autres. L'amélioration se fait sentir bientôt et devient surtout sensible au bout de trois mois. Les crises ont cessé complètement, de même que les vomissements et la manifestation pleurale, les fonctions digestives se rétablissent, les forces reviennent, la malade peut faire de longues promenades dans la montagne sans éprouver ni fatigue ni douleur. Le ventre est souple, indolore à la palpation profonde.

Au bout de 8 mois de cure, la malade, qui a augmenté de 6 kil. 360, repart le 15 mars 1926, entièrement guérie de sa pleuro-péritonite.

d) Lésion génito-péritonéale sans atteinte pleuro-pulmonaire.

OBSERVATION N° 8

M^{me} F... — 30 ans. Père mort à 56 ans d'une méningite. Mère 55 ans, constitution faible, cardiaque (hépatique?). Deux sœurs vivantes, en bonne santé.

Née à terme, allaitement maternel. Comme enfant chétive et petite.

A 4 ans, ictère émotif à la suite d'une grande frayeur, puis embarras gastrique; un peu plus tard, varicelle. A 5 ans, coqueluche; à 7 ans, rougeole.

Réglée à 13 ans, normalement. A 20 ans, la malade se sent très fatiguée, elle a de la dysménorrhée. A 24 ans, elle se marie; les douleurs augmentent, et localisées d'abord à

droite, deviennent bientôt bi-latérales. Elle va à l'hôpital Cochin où le Prof. Mocquot l'opère et trouve : salpingo-ovarite bacillaire bilatérale, compliquée de péritonite granuleuse, ainsi qu'il nous l'a écrit lui-même.

Sur l'avis de son chirurgien, Mme F... demande son admission à Courmettes où elle nous arrive pour la cure d'Héliothérapie.

Nous sommes en face d'une malade qui présente un virilisme pileux très accentué. La peau est un peu pigmentée-noirâtre, et l'interrogatoire révèle qu'elle a été exposée aux rayons ultra-violets pendant environ trois mois, avant et après son opération.

L'abdomen n'est plus douloureux, il est assez souple et peu ballonné.

La percussion révèle en quelques points une matité irrégulièrement placée.

Poumon : L'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation révèlent une *intégrité parfaite* des voies respiratoires, ce qui est d'ailleurs confirmé par les deux radioscopies faites avant l'intervention et avant l'arrivée au sanatorium.

Cœur : normal. Tension artérielle 8/14 (Pachon).

Pouls : 74.

Foie : déborde d'un travers de doigt le rebord costal.

Rate, réflexes, yeux normaux.

Poids : 51 kil. 400.

Laboratoire 17 février : *Urine* : pas d'albumine ni de sucre, phosphaturie. *Sang* : valeur globulaire : 75. Globules rouges : 3.600.000. Globules blancs : 7.200.

En résumé, c'est une malade chez laquelle la lésion génitale a évolué silencieusement pendant des années, ne se révélant que par une dysménorrhée et un état d'asthénie de plus en plus accentuées. Plus tard, cette lésion génitale primitive s'est compliquée d'une péritonite secondaire; l'opération con-

firme nettement le diagnostic de salpingo-ovarite bacillaire bi-latérale, suivie de péritonite granulique.

Toute l'atteinte tuberculeuse de l'organisme est restée localisée dans la région abdominale inférieure, sans remonter plus haut, *l'état pulmonaire et pleural est entièrement indemne.*

IV. — Coexistence de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose pulmonaire

La péritonite tuberculeuse confère l'immunité contre la tuberculose pulmonaire

La localisation péritonéale de la tuberculose est, parmi les infections tuberculeuses, la plus bénigne. En relisant dans toutes nos observations ce qui se rapporte à l'état pulmonaire et péritonéal de nos malades, dans le but d'étudier particulièrement la loi de Godelier et ses exceptions, nous avons été frappé du fait que, chez les péritonéaux, les lésions pulmonaires sont très rares.

L'idée nous est venue, d'après ces constatations, de rechercher, parmi ceux des malades qui ont eu à la fois des lésions pulmonaires et des lésions péritonéales, quelles étaient les lésions primitives, et nous avons trouvé que c'est la lésion pulmonaire qui a précédé celle du péritoine.

Nous n'avons pas trouvé de malades chez qui ce soit la péritonite qui ait été primitive. Dans quelques cas, nous avons noté dans les antécédents des

atteintes pulmonaires, qui presque toujours ont cessé d'être évolutives avant ou au moment de l'évolution de la péritonite.

Nous nous demandons si, en conséquence, on ne pourrait pas tirer de ces faits la conclusion que la tuberculose péritonéale, qui est une affection bacillaire locale relativement bénigne, ne conférerait pas, dans la majorité des cas, une immunité contre la tuberculose pulmonaire, ou tout au moins contre une forme grave de cette localisation, comme une sorte de vaccination produisant une maladie atténuée et transitoire et protégeant contre les formes graves de la même infection microbienne.

Nous avons envoyé notre questionnaire aux Sanatoria exclusivement réservés aux pulmonaires, et la réponse unanime que nous en avons reçu, c'est qu'il n'y a pas de péritonitiques parmi les tuberculeux pulmonaires qu'ils soignent.

Nous avons causé d'ailleurs avec plusieurs médecins-directeurs de ces Sanatoria, qui confirment notre manière de voir et disent que, dans leurs Etablissements, les cas de malades pulmonaires ayant eu de la péritonite tuberculeuse sont *rarissimes*.

Dans ces cas exceptionnels, où la tuberculose pulmonaire est causée par une granulie généralisée, qui infecte tout l'organisme et emporte rapidement le malade, ou plus souvent l'atteinte pulmonaire est tout à fait bénigne.

Ce fait est également confirmé par l'extrême rareté avec laquelle il est donné à des médecins spécialisés

dans la tuberculose pulmonaire, et qui voient chaque semaine des centaines de malades, d'observer des cas de péritonite. Ces médecins nous ont répondu ne pouvoir nous donner d'opinion personnelle détaillée sur la péritonite tuberculeuse, parce qu'ils en voyaient *fort peu*. Le D^r RIST ⁽¹⁾ nous écrit : « Je ne puis malheureusement vous donner aucune indication utile sur le sujet de votre thèse, mon expérience en matière de péritonite tuberculeuse de l'adulte étant expressément limitée. Dans mon service d'hôpital, consacré uniquement aux affections des voies respiratoires, les péritonites tuberculeuses ne se voient que très exceptionnellement et, en général, comme complications secondaires, *rarissimes* d'ailleurs, d'une tuberculose pulmonaire évolutive. »

Le D^r PISSAVY ⁽²⁾ donne les mêmes arguments : « Mon service étant exclusivement consacré aux tuberculoses pulmonaires, nous n'avons que très exceptionnellement l'occasion de voir des péritonites tuberculeuses. Les observations que vous me demandez sont disséminuées dans environ 20.000 dossiers. »

Le D^r JACQUEROD DE LEYSIN ⁽³⁾ nous répond : « Je ne puis vous donner des renseignements bien intéressants, par le fait que je ne *vois jamais* de péritonite tuberculeuse. Ceci semble prouver que cette dernière est généralement primitive et guérie, la plupart du temps, sans aboutir à la tuberculose pulmonaire. »

Comme interne au Sanatorium populaire de

(1) Lettre n° 118.

(2) Lettre n° 116.

(3) Lettre n° 139.

Seyssuel (Isère), qui reçoit environ 180 tuberculeux pulmonaires des deux sexes, nous avons recherché avec grand soin dans les dossiers de ces malades les antécédents péritonéaux, et nous n'avons relevé que deux cas chez lesquels l'atteinte pulmonaire était tout à fait légère et atténuée.

La tuberculose péritonéale est donc une infection éminemment *localisée*, ayant peu de tendances à la généralisation. Elle est une localisation souvent légère, donnant peu de symptômes, passant assez souvent inaperçue, se révélant parfois à l'occasion d'une opération pour une affection différente (appendicite, kyste de l'ovaire, hernie, etc...), ou pour un trouble fonctionnel qu'ont causé les processus sclérosants de sa guérison (voir page 35 les observations du D^r PELLANDA⁽¹⁾). Enfin, c'est une affection *bénigne*, guérissant vite et bien, le plus souvent par le traitement simple de l'hélio-aérothérapie, et montrant d'ailleurs une tendance très nette à la guérison spontanée.

Cette question de l'immunité contre la tuberculose pulmonaire, grâce à une maladie bacillaire bénigne, est un problème d'un passionnant intérêt, en ce qu'il touche à la suppression éventuelle d'un des fléaux les plus redoutables.

Nous exposerons dans un autre chapitre la méthode opératoire du D^r TÉMOIN, de Bourges, qui, systématiquement, laparotomise toutes les péritonites tuberculeuses et expose le ventre ouvert aux rayons

(1) Lettres n^{os} 94 et 94 a.

solaires. Ce qui nous intéresse ici, ce sont les résultats des recherches de ce chirurgien sur l'avenir des malades opérés par lui. Sur 400 cas environ, non seulement il a observé dans plus de 80 % des cas une guérison de la lésion péritonéale, mais une guérison de la tuberculose elle-même, et notamment aucun de ces malades n'est devenu un tuberculeux pulmonaire. Il s'exprime ainsi ⁽¹⁾ :

« Certains cas, en effet, non discutables, font penser que la *laparotomie* a sur le péritoine tuberculeux des effets qui étendent son action curative au-delà des limites de l'abdomen.

« Il semble, de plus, que cette guérison confère aux opérés une sorte d'immunité contre la tuberculose, et, ayant fait des recherches sur ce qu'ils étaient devenus, je n'ai pas vu un cas où l'un d'eux fut atteint de tuberculose pulmonaire.

« Mes observations de 30 années me permettent de dire que les sujets atteints de péritonite tuberculeuse opérés et guéris, semblent réfractaires à la tuberculose et que bien rares sont ceux qui plus tard ont eu de nouvelles atteintes bacillaires ⁽²⁾. »

Qu'il nous soit permis de rendre hommage à M. TÉMOIN pour ces observations d'une haute importance et qui sont exactes en ce qui concerne l'immunité réelle dont jouissent les péritonitiques vis à vis de la tuberculose pulmonaire, et confirment nos

(1) *Bull. de l'Ac. Méd.*, n° 32, année 1922. Tome LXXXVII, pp. 421 et 422.

(2) *Bull. Soc. de Chir.*, p. 1043, 1923.

propres constatations. Mais nous croyons que l'*interprétation* de cette immunité doit être basée sur une autre cause absolument différente, quoique la laparotomie, dans une certaine mesure, puisse stimuler le pouvoir d'absorption du péritoine. Nous avons, en effet, observé cette immunité chez tous les malades opérés ou non. Il est donc bien certain que c'est la péritonite bacillaire elle-même et non pas le traitement appliqué qui confère cette immunité.

V. - Deux points nouveaux de symptomatologie

1° Epreuves de Kuss dans la péritonite tuberculeuse

Le diagnostic de la péritonite tuberculeuse est difficile, à cause de l'imprécision des symptômes, qui sont vagues, variables, inconstants et quelquefois même complètement absents. En particulier, en présence d'un malade se plaignant de troubles abdominaux et chez qui la palpation révèle des phénomènes de défense, de contracture, d'empâtements, sans qu'il soit possible de déceler un épanchement ou de délimiter une tumeur, on se demande quelle est la nature de l'affection.

C'est dans ces cas que nous avons eu l'idée de rechercher si l'épreuve de Kuss, proposée pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, ne serait pas de quelque valeur dans la péritonite tuberculeuse. On sait en quoi elle consiste : on fait marcher le malade pendant une heure, vers la fin de l'après-midi, en terrain plat, à allure modérée. La température rectale est prise avant le départ, immé-

diatement au retour, puis vingt, quarante et soixante minutes après.

S'il n'y a pas infection bacillaire, on peut noter immédiatement après la marche une augmentation de cinq dixièmes à un degré, mais la température revient progressivement à la normale, qui est en tous cas atteinte une heure après. S'il y a tuberculose, la température s'élève après la marche, peut dépasser 38° et n'est pas encore revenue à la normale au bout d'une heure de repos dans la position couchée.

Cette épreuve, appliquée à un pulmonaire, ne démontre pas que le poumon est touché, mais bien que la lésion est de nature tuberculeuse.

Dans la péritonite tuberculeuse, ceci nous a paru d'une grande valeur lorsque les autres signes habituels de la tuberculose : asthénie, amaigrissement, anémie, etc..., sont peu marquées ; il nous a permis d'éliminer des cas d'appendicite, kyste de l'ovaire, etc..., chez les sujets envoyés à tort avec un diagnostic de péritonite tuberculeuse. Inversement, il nous permet de reconnaître cette affection dans les cas douteux, tel que celui d'une femme de 40 ans arrivant avec une volumineuse tumeur très dure de la région ombilicale, des vomissements, un amaigrissement et une teinte des téguments faisant songer irrésistiblement à une cachexie cancéreuse débutante. L'épreuve étant nettement positive chez cette malade, nous l'avons soumise au traitement héliothérapique et avons été heureux de voir la volumineuse masse indurée se dissocier en un amas de masses plus

petites, plus molles, diminuant journellement de volume, en même temps que l'état général se relevait rapidement. Nous considérons comme très vraisemblable maintenant le diagnostic de péritonite tuberculeuse, et sa guérison par l'Héliothérapie. Même au cas peu probable où une opération serait ultérieurement utile, elle aura été grandement facilitée par les résultats certains de la cure solaire.

Il va sans dire que l'on doit examiner complètement le malade et savoir reconnaître une autre localisation possible tuberculeuse, qui pourrait de son côté donner lieu à une épreuve de Kuss positive.

Cette épreuve systématiquement appliquée par les praticiens ou les médecins de dispensaires, éviterait souvent l'erreur d'envoi dans un Sanatorium de malades non justiciables de la cure solaire, ce qui est prouvé par l'observation ci-dessous.

OBSERVATION N° 9

D'une malade vue au Sanatorium de Courmettes, antérieurement à notre arrivée, et communiquée par le Dr G. MONOD.

M^{me} V..., de Paris, âgée de 25 ans, mariée, sans enfants, entre au Sanatorium, le 15 février 1923, envoyée par un chirurgien de Paris qui nous écrit : « Elle avait été opérée déjà, pas par moi, de kyste de l'ovaire gauche ? Je l'ai réopérée fin décembre pour une tumeur abdominale et j'ai trouvé une poche de péritonite tuberculeuse enkystée dans le petit bassin gauche. Drainage. Fermeture de la paroi. Elle commence à se lever, l'état général est bon, mais une fistule persiste dans le bas de la cicatrice abdominale et de ganglions dans l'aîne. L'Héliothérapie est indiquée. »

En dehors de la fistule signalée, la malade ne présentait pas d'autres signes graves, pas de température, pas de tuberculose décelable ailleurs. Dans les jours suivant son arrivée, l'écoulement par la fistule augmenta, écoulement séreux très abondant, obligeant à la panser plusieurs fois par jour; cet écoulement présente une odeur fécaloïde pas très marquée mais sensible. A un pansement, j'ai vu quelques petites bulles de gaz. Il est toujours mêlé de sang; il y en a aussi dans les selles. Le membre inférieur droit est douloureux, avec un gros œdème et de gros ganglions durs. L'état général décline. Le chirurgien qui l'avait opérée, consulté par lettre à ce sujet, précise ainsi ses observations lors de l'intervention: « Poche ankystée pelvienne qui, macroscopiquement, semblait tuberculeuse, mais l'examen histologique n'a pu affirmer cette nature, ce ne semble être ni du sarcome ni du carcinome. L'intestin était voisin de la poche ouverte et drainée, mais il n'a été au cours de l'opération ni blessé ni même seulement dénudé. S'il y a fistule stercorale, ce sera par les progrès du mal, mais quel mal? En tous cas, je ne veux ni ne puis rien faire chirurgicalement.

Les hémorrhagies devinrent de plus en plus abondantes, nécessitant tout le traitement médical habituel et des injections journalières de sérum. L'écoulement devint nettement fécaloïde.

L'administration prudente d'un petit lavement coloré par l'anus ressort rapidement par la fistule. Nous présumons qu'elle siège assez bas sur le gros intestin et nous tenons prêts à pratiquer d'urgence un anus artificiel comme moyen palliatif de mettre temporairement au repos la région fistulisée.

Brusquement, l'hémorrhagie cesse, l'écoulement diminue considérablement, l'intestin reprend son fonctionnement normal, mais les ganglions inguinaux augmentent de volume et de dureté, ainsi que les œdèmes. Nous penchons de plus en plus vers l'hypothèse d'une tumeur avec fort envahissement

ganglionnaire. En tout cas, l'héliothérapie n'est pas indiquée; le mari de la malade étant venu, nous accédons à son désir de la transporter dans une clinique chirurgicale du voisinage. Le lendemain, nous allons la voir et nous entretenir de son cas avec le chirurgien, mais à notre arrivée, elle vient d'expirer au cours d'une nouvelle hémorrhagie foudroyante.

2° Troubles menstruels

Dès que nous avons eu l'occasion d'examiner et d'interroger successivement plusieurs jeunes filles ou femmes atteintes de péritonite tuberculeuse, nous avons été frappé par l'extrême fréquence des troubles des fonctions menstruelles. A tel point, que nous ne comprenons pas que ce symptôme soit passé sous silence par presque tous les classiques; d'autant plus, qu'en général, les troubles de ce genre, même légers, frappent ou inquiètent beaucoup les malades et leur famille. La littérature médicale donne une abondance de détails sur ces troubles dans la tuberculose pulmonaire, mais n'en dit presque rien au sujet de la tuberculose péritonéale.

Peu de médecins répondent à notre enquête sur la question des troubles menstruels et ceux qui le font disent que c'est un signe banal et commun à toutes les tuberculoses et états cachectiques. Sans nier que des troubles menstruels importants puissent reconnaître comme cause simplement une déficience de l'état général sous l'influence de n'importe

quelle localisation (nous y reviendrons), ceci est si fréquent, si net, si facile à contrôler et si précoce dans la péritonite tuberculeuse, que nous le considérons comme très important et ces troubles doivent, à notre avis, appeler immédiatement l'attention du médecin sur le péritoine pelvien.

Dans nos observations, nous avons noté divers troubles : dysménorrhée, oligoménorrhée, périodes plus ou moins longues d'aménorrhée, hémorragie et métrorrhagie.

a) *Dysménorrhée*

C'est la menstruation difficile et douloureuse, elle est due soit à une anomalie des voies génitales : déviation, sténose, congestion, inflammation de l'utérus, de l'ovaire ou des trompes; ou à une compression de ces voies par des obstacles locaux, tumeurs, abcès pelviens. Dans un certain nombre de cas, certainement, la cause en est dans une atteinte tuberculeuse de ces organes, souvent d'ailleurs très discrète ou cicatrisée.

Nous rappelons les cas mentionnés par le D^r PELLAND (voyez page), dans lesquels la dysménorrhée est due à une rétroversion elle-même causée et fixée par des adhérences péritonéales à la suite d'une péritonite pelvienne.

b) *Oligoménorrhée*

C'est la diminution de l'écoulement sanguin normal survenant assez souvent dans les maladies aiguës

ou chroniques, dans des cas de surmenage, d'anémie. Parfois, le flux cataménial est dérivé par d'autres orifices naturels : épistaxis, hématomèse, hémoptisies, mélaena. Nous avons relevé fréquemment ces signes dans les cas de péritonite bacillaire. Au début surtout de cette affection, les malades voient diminuer leurs règles en quantité comme en fréquence et en durée. Parfois, quelques gouttes à peine d'un sang rosé apparaissent; au lieu de durer de trois à cinq jours, les règles cessent au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, et au lieu de venir mensuellement, elles ne le sont qu'à des intervalles plus ou moins espacés. Aussitôt que l'organisme lutte, se renforce, chemine vers la guérison, les menstrues reviennent et se régularisent comme avant la maladie.

c) *Aménorrhée*

Il y a deux sortes d'aménorrhée : ou bien les règles n'ont jamais existé, ou bien elles se sont montrées à la puberté, puis pendant un temps variable, et ensuite ont cessé d'apparaître. Dans le premier cas, on peut noter en même temps l'inappétence sexuelle, la frigidité, la stérilité, et même l'absence d'autres caractères de féminité. Dans l'étiologie, on retrouve souvent une tare héréditaire : syphilis ou alcoolisme; il peut y avoir insuffisance génitale, utérus infantile non développé. D'autres fois, ces signes accessoires

manquant, on doit penser à une affection des voies génitales qui se serait développée d'une façon peut-être absolument torpide avant la puberté, et qui a laissé comme conséquence soit la suppression de la fonction ovarienne, soit l'imperméabilité des voies génitales, soit une atrésie utérine.

Dans un deuxième ordre de cas, les règles ont apparu, puis ont cessé ; on éliminera naturellement d'abord toute cause physiologique d'aménorrhée : grossesse, allaitement, ménopause. En dehors de ces cas, elle est toujours pathologique. La cause en est locale (lésions ou déplacement des organes génitaux) ou générale.

On sait que dans beaucoup de cas de maladies aiguës (fièvre éruptive, fièvre typhoïde, etc...) ou chronique (états anémiques, cancer, affections nerveuses ou mentales, tuberculose, quelle qu'en soit la localisation), on peut observer la suppression des règles.

Ces cas où la cause de l'aménorrhée n'est pas dans une lésion locale méritent d'être considérés attentivement par le médecin, c'est toujours le signe d'un désordre sérieux de l'état général. De plus, l'organisme féminin a sans contredit son équilibre établi pour voir périodiquement cet important drainage des toxines qui se forment sans cesse dans le milieu intérieur. Sa suppression, en dehors des états spéciaux où elle est physiologique, constitue non seulement un symptôme, mais un danger.

La preuve en est que si l'on remonte à l'origine réelle de ces troubles, et qu'on la traite convenable-

ment, l'aménorrhée se trouve guérie du même coup. Que ce soit par l'effet du traitement ou dans le rétablissement spontané de la santé, elle est rarement permanente; elle disparaît après quelques mois ou années dès que s'améliore l'état général; elle se reproduit au contraire dès que l'organisme s'affaiblit à nouveau ou pendant les périodes aiguës de différentes maladies.

Nous donnerons maintenant une de nos observations qui est un cas typique de plusieurs périodes d'aménorrhée, survenant chaque fois que l'état général est déficient, et disparaissant dès que celui-ci se relève.

OBSERVATION N° 10

M^{lle} Hélène L... — 19 ans. Adressée par le Dispensaire de Remiremont. Père et mère vivants. Cette dernière a fait de la bronchite, fluxion de poitrine. Souffre de maux de tête pendant la nuit. Spécifité à soupçonner. A eu une fausse couche de 5 mois. Un frère et une sœur en bonne santé.

Croissance normale. Santé habituelle mauvaise. Coqueluche à 3 ans, rougeôle à 4 ans. Réglée à 14 ans, régulièrement. Vers la même époque, grippe espagnole, pleurésie à gauche, congestion pulmonaire. Elle passe à la radio et l'on constate à gauche une base voilée et des marbrures.

A 16 ans, la malade commence à avoir *des périodes d'aménorrhée qui durent, la première six mois, la seconde et la troisième deux mois, la quatrième trois mois, ceci dans l'espace de trois ans, et en rapport avec l'affaiblissement ou le relèvement de l'état général.*

En février 1924, elle se sent très fatiguée et cesse de travailler. Elle a de la température, de l'inappétence, des syn-

copes et ressent une douleur continue localisée à gauche, au-dessus de l'ombilic, mais sans atteindre le côté droit.

On y met pendant six semaines de la glace qui procure un peu de soulagement. Les D^{rs} TRIOLET et DUROC, de Remiremont, constatent une péritonite tuberculeuse plastique. En même temps la malade présente une adénopathie droite. Les ganglions cervicaux sont augmentés d'une manière considérable.

Le 5 juin 1925, Mlle Hélène L... est envoyée à Courmettes. Elle y arrive affaiblie, aménorrhéique, présentant des ganglions au niveau de la région inguinale gauche, rien dans le creux de l'aisselle, mais une énorme adénopathie cervicale droite. Tout d'abord le ganglion cervical se mit à augmenter de volume et atteignit le volume d'un petit pois; il était dur, mobile, roulait sous le doigt, puis grossit progressivement, la partie droite du cou devint considérable. On sentait une fluctuation et du pus à l'intérieur. Avant son arrivée à Courmettes, on avait pratiqué une ponction qui amena du pus, mais on ne fit pas l'examen bactériologique. Depuis cette ponction, il reste une fistule qui, sauf une période de trois mois pendant laquelle la cicatrisation s'était faite, reste toujours ouverte et suppure de temps à autre.

En février, la malade peut exécuter tous les mouvements du cou; l'endroit est dégonflé, mais le ganglion encore un peu dur, la fistule persiste.

En septembre, brusquement point de côté, élévation de la température qui se maintient autour de 40°, tous les signes stéthoscopiques d'une congestion pulmonaire, mais sans crachats hémoptoïques; la fièvre persiste pendant trois semaines au bout desquelles apparaissent des symptômes de myocardite. Peu à peu tout rentre dans l'ordre, et deux mois après le début, la malade est complètement remise de cet accident pulmonaire qui, par aucun de ses caractères, n'était de nature bacillaire.

Sauf pendant les mois de septembre et octobre au cours

desquels la malade a présenté de la congestion pulmonaire, elle a fait régulièrement de l'héliothérapie.

Fin février, le ventre a diminué, il est souple sans gonflement ni ascite, pas de gâteaux péritonéaux ni de douleur, sauf à la palpation très profonde qui n'est d'ailleurs que très vaguement sentie et précisée, à gauche. A mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Elle se sent beaucoup plus forte, elle marche, fait de grandes promenades sans fatigue. Les fonctions digestives sont bonnes, elle va régulièrement à la selle tous les jours. Pas de toux ni d'expectoration, sommeil et appétit très bons.

Le flux cataménial s'est rétabli depuis plusieurs mois.

Etat péritonéal : guérison complète.

Aspect extérieur : satisfaisant. Si la malade reste encore en traitement, c'est exclusivement pour son adénopathie.

Cependant, en présence d'une aménorrhée complète, chez une jeune fille ou une jeune femme, l'on doit toujours rechercher une cause locale possible dans les voies génitales ou dans leur voisinage, et cette cause, comme nous l'avons déjà établi, est très souvent une atteinte de tuberculose locale. Le fait qui nous intéresse particulièrement ici, où nous nous occupons de la péritonite bacillaire, est le suivant : comme nous l'avons vu, la tuberculose locale viscérale peut avoir évolué sans aucun signe, mais laissé à sa suite, d'une part, la cause anatomique de troubles menstruels, d'autre part, des lésions de péritonite pelvienne qui peuvent continuer à évoluer pour leur propre compte. Or, les laparotomies pratiquées dans des cas de ce genre montrent que très souvent ces lésions péritonéales atteignent leur maxi-

mun aux abords des pavillons des trompes de Fallope. Nous comprenons, dès lors, que le traitement rationnel, par l'héliothérapie, de cette péritonite pelvienne, sans qu'on touche chirurgicalement aux organes génitaux, amènent la guérison de cette aménorrhée, même de cause locale. Nous pouvons comparer ceci à ce qui se passe par exemple pour une articulation. Lorsqu'un foyer tuberculeux se développe dans l'extrémité articulaire d'un os, la séreuse articulaire réagit par voisinage, et très certainement, dans un but de défense organique. Elle sécrète un liquide qui contribue à immobiliser l'articulation, et produit ensuite des adhérences qui en assurent l'ankylose. Il existe un moyen, et jusqu'ici il n'en existe qu'un seul, sans toucher à l'intégrité des extrémités osseuses articulaires, sans nuire à la guérison spontanée qui est intervenue, de libérer graduellement ces adhérences et de rendre à l'articulation ses fonctions : ce moyen, c'est l'application convenable de la cure solaire. Il en est exactement de même dans ces cas de péritonite pelvienne : par la cure solaire, les adhérences se résorbent et, bien souvent, la fonction est rétablie sans que le bistouri intervienne.

Une plus grande importance encore de ce symptôme aménorrhée ressort du fait qu'il est extrêmement précoce, nous l'avons noté, à des degrés divers dans tous les cas de péritonite tuberculeuse à prédominance pelvienne. Bien des fois, il est le seul qui attire l'attention.

Nous posons en principe que toute jeune fille ou

jeune femme qui cesse de voir ses règles pendant plus de deux mois, en dehors de la grossesse, et en dehors d'une maladie constitutionnelle grave, doit être soupçonnée atteinte d'une lésion pelvienne ; et l'absence ou la discrétion de tous autres signes est en faveur de la nature bacillaire de cette affection.

En parcourant les observations des malades hospitalisés à Courmettes, nous avons vu de nombreuses lettres de chirurgiens qui disent avoir découvert des lésions péritonéales au cours d'opérations faites pour un autre motif. Par contre, il y a des cas où la malade, outre une péritonite indéniable, présente des lésions génitales tout à fait nettes et refuse l'opération. C'est le cas de la malade qui fait l'objet de notre

OBSERVATION N° 11

Mlle M... — Hospitalisée une première fois à Courmettes pour péritonite tuberculeuse, quitte cet établissement avant guérison complète, au bout de deux mois. Elle reprend son travail, rechute, entre à l'Hôpital Beaujon où l'on constate une salpingite bacillaire; l'intervention proposée est refusée par la malade, quoi qu'elle ait aussi une incontinence d'urine tenace depuis l'âge de 8 ans, qui ne cède devant aucun traitement et justifie également une intervention. Elle est admise de nouveau à Courmettes, sur l'avis des chirurgiens, qui, devant son refus d'être opérée, conseillent l'Héliothérapie.

Dans ce cas, le rapport de l'aménorrhée avec des lésions pelviennes et péritonéales est très net.

Depuis quelque temps, cette malade, au lieu d'aménorrhée, souffre de métrorrhagie.

Pour nous résumer, nous pouvons considérer deux catégories de cas :

- 1° *Aménorrhée par déficience de l'état général ;*
- 2° *Aménorrhée par lésions génito-péritonéales.*

Cette deuxième catégorie présente trois groupes :

α) *Troubles résultant d'une lésion génitale primitive, qui se manifeste avant la localisation péritonéale ;*

β) *Troubles génito et péritonéaux simultanés résultant d'une localisation du bacille à la fois sur les organes génitaux et le péritoine ;*

γ) *Troubles génitaux résultant d'une lésion péritonéale primitive, et qui se manifeste tardivement.*

Nous avons demandé à nos correspondants à quelle période de la péritonite tuberculeuse ils avaient observé ces troubles (avant, au début ou pendant la maladie). On sera surpris de la diversité des opinions exprimées. On constatera cependant que malgré cette diversité, toutes les opinions peuvent se classer dans les trois groupes cités plus haut.

L'intimité des rapports et des communications qui existent entre les organes génitaux de la femme et le péritoine fait comprendre la communication facile de l'infection des uns aux autres, soit par voie ascendante, soit par voie descendante. Le P^r J.-L. FAURE ⁽¹⁾ nous écrit : « Une chose dont je suis *certain*, c'est que la tuberculose annexielle est très commune et s'accompagne très souvent de tuberculose péritonéale.

(1) Lettre n° 72.

Les troubles menstruels, dans ces cas, ne proviennent donc pas d'une déficience de l'état général, mais d'une lésion génitale.

Au point de vue de la nature de ces lésions vérifiée par la biopsie opératoire suivie d'examen histologique et bactériologique, nous renvoyons aux observations dues à l'obligeance du D^r LÉO, et que nous publions plus loin. Les examens ont été pratiqués par le D^r GUYIESSE.

d) Ménorragie et métrorragie

La ménorragie est l'opposé de l'aménorrhée, c'est un écoulement trop abondant ou trop fréquent du flux cataménial. La métrorragie est un écoulement de sang par l'utérus, quelque en soit la cause, survenant en dehors des périodes menstruelles. Il peut arriver que l'irrégularité des périodes soit telle qu'un écoulement sanguin apparaissant en dehors de leur temps normal soit réellement en rapport avec la menstruation. C'est ainsi qu'on observe parfois, soit à la puberté, soit à la ménopause, des écoulements sanguins abondants, se reproduisant plus ou moins souvent. C'est peut-être à des causes de même ordre qu'il faut rattacher des métrorragies survenant après des périodes plus ou moins longues d'aménorrhée; dans une de nos observations, nous relevons trois périodes espacées d'aménorrhée durant respectivement quatre, cinq et six mois, suivies chacune d'une métrorragie durant huit jours. Dans un autre

cas, nous relevons, au début de l'affection, une aménorrhée de deux mois suivie de métrorragies pendant deux mois avec pertes de caillots sanguins de très mauvaise odeur.

D'une façon générale, nous ne croyons pas, soit d'après nos propres observations, soit d'après les nombreuses observations étrangères que nous avons lues, soit par les réponses à notre questionnaire, que la métrorrhagie se rencontre habituellement au cours de la tuberculose péritonéale.

Nous l'avons rencontrée quelquefois dans l'évolution de la maladie, et deux fois après une laparotomie. Elle ne peut être considérée comme un symptôme de la péritonite tuberculeuse, ni même probablement comme un signe d'une tuberculose génitale. L'avis des chirurgiens et des gynécologues est en général celui exprimé par le D^r Léo ⁽¹⁾ : « Je n'ai pas noté de métrorrhagie. Mon opinion, en l'absence de notes précises, est qu'une métrorrhagie n'éveillerait pas en moi l'idée d'une péritonite tuberculeuse, mais plutôt d'un kyste de l'ovaire ou de toute autre lésion annexielle que la tuberculose. »

(1) Lettre n° 86 a.

VI. — Traitement de la péritonite tuberculeuse

Jusqu'à ces dernières années, on ne connaissait qu'un traitement dit médical et un traitement opératoire.

1) Le Traitement médical

Le traitement médical consistait : « dans le traitement général de la tuberculose, pointes de feu légères et répétées sur l'abdomen, application de couches de collodion sur la paroi abdominale pour diminuer le météorisme. Aération, régime, iodures à doses faibles et continues, suppositoires quotidiens, avec 15 centigr. de naphthol camphrée, etc...

Presque tous les auteurs insistent particulièrement sur le

2) Traitement chirurgical

Le traitement opératoire s'est longtemps borné à la paracentèse abdominale pour évacuation du liquide dans les ascites abondantes. En 1862, SPENCER WELLS, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, fait une laparotomie. Il trouve des lésions de péritonite tuber-

culeuse. Il referme le ventre, la malade guérit très rapidement. Ce fait publié attira l'attention des chirurgiens, et assez souvent ils répétèrent à dessein cette opération faite pour la première fois par erreur. Dès cette époque, on pensa que la mise du péritoine à l'air libre et la lumière avait une action favorable.

« Enhardis par d'assez nombreux succès, les chirurgiens s'attaquèrent ensuite un peu au hasard à toutes les formes de tuberculose péritonéale et les traitèrent par le même procédé : incision abdominale et suture sans drainage. Il y eut alors de nombreux mécomptes et des accidents graves, en particulier des fistules stercorales et parfois mortelles. C'est qu'en effet il y a plusieurs formes anatomiques et cliniques de péritonite tuberculeuses, et elles sont loin de répondre toutes aussi favorablement au traitement chirurgical que la forme ascitique libre avec grand épanchement. » (Prof. LECÈNE) ⁽¹⁾.

Tous les ouvrages nous parlent longuement de la laparotomie qu'ils nous présentent comme le « traitement de choix », nous disant qu'un traitement médical efficace de la péritonite tuberculeuse n'existe pas.

La tuberculose péritonéale est donc classée parmi les tuberculoses dites « chirurgicales », et jusqu'ici, c'étaient beaucoup plus les chirurgiens que les médecins qui s'en occupaient.

En ce qui nous concerne, nous croyons que la péritonite bacillaire doit rentrer désormais dans le

(1) Prof. P. LECÈNE et R. LERICHE. *Thérapeutique chirurgicale*, p. 41 (Masson, 1926).

domaine de la médecine, et seulement à titre exceptionnel dans celui de la chirurgie, et nous reviendrons plus tard en détail sur cette question.

★★

Actuellement, la thérapeutique de la péritonite tuberculeuse possède de nombreuses méthodes médicales et chirurgicales, et l'on ne peut plus dire qu'un traitement médical efficace n'existe pas, ni que la laparotomie demeure sans rivale. On peut même constater qu'il y a un embarras de choix.

Il y a quelques années, à la suite des succès obtenus par la cure solaire dans le traitement de diverses formes de tuberculose dites chirurgicales, on eut l'idée d'appliquer ce traitement aux localisations péritonéales, et les résultats parurent excellents.

Depuis, la question s'est compliquée : certains ont cherché à associer cette méthode nouvelle à l'acte opératoire. D'autres ont tenté de suppléer ou de compléter l'action du soleil par celle d'autres rayons.

Parmi les systèmes préconisés, nous mentionnons, en dehors de l'héliothérapie, les rayons ultraviolets, les rayons infra-rouges, la radiothérapie, la diathermie, photothérapie, Finsenstherapie, la polyradiothérapie, la sérothérapie, la vaccinothérapie, l'autohémothérapie, les bains de caisse électrique, etc.

Notre conviction est que toutes ces méthodes peuvent avoir leur utilité dans certains cas, et assurer la guérison ou l'amélioration de la péritonite tubercu-

leuse, mais il ressort de notre enquête que les deux traitements préférés sont l'héliothérapie (à défaut les rayons ultra-violet) et la laparotomie. De toutes ces thérapeutiques différentes — y compris la laparotomie — nous croyons qu'une seule domine et demeure inattaquable, en ce qu'elle peut être appliquée sans danger à la grande majorité des cas et assurer, outre la guérison locale, seule obtenue par les autres traitements, le relèvement de l'état général et le renforcement de tout l'organisme, c'est : l'héliothérapie.

Nous donnerons d'abord tous les détails concernant la cure solaire, le traitement sanatorial et les résultats obtenus, nous exposerons ensuite brièvement les autres méthodes et reprendrons pour finir la discussion des deux systèmes rivaux dans le chapitre : héliothérapie ou laparotomie.

3) Héliothérapie

a) *Effet de la cure solaire dans la péritonite tuberculeuse*

Avec les progrès actuels de la science et une compréhension plus vraie de la nature, de nouveaux horizons s'ouvrent devant la médecine, elle possède un traitement naturel qui diminue presque à néant la nécessité de l'intervention chirurgicale. La thérapeutique doit se modifier complètement par la connaissance des effets de l'héliothérapie et des rayons ultraviolets sur la tuberculose péritonéale.

L'action thérapeutique du soleil n'est pas une nouveauté; nous ne nous étendrons pas ici sur l'histoire de la question que l'on trouve en détail dans tous les traités. Ce sont surtout les recherches de ces dernières années qui ont apporté des preuves scientifiques décisives, bien que la question soit toujours ouverte et que l'on puisse en attendre encore beaucoup. *L'héliothérapie est une science en évolution.* En tous cas, les faits indéniables, ce sont les guérisons merveilleuses et inattendues que l'on obtient grâce à elle.

Nous n'entrerons pas dans le détail des discussions théoriques sur le mode d'action des rayons solaires, mais dégagerons simplement les faits qui en découlent et qu'il est à la portée de tout le monde de contrôler et d'expérimenter, ainsi que nous l'avons fait personnellement sur tous les malades envoyés des différentes parties de la France au Sanatorium de Courmettes.

L'héliothérapie consiste dans l'exposition méthodique du corps humain nu au soleil dans un but thérapeutique. Elle est née d'une double observation :

1) *observation physiologique* des heureux effets de la vie au grand air, à la lumière dans des régions habituellement ensoleillées et, par contre, des effets nocifs des conditions inverses;

2) *observation biologique* des effets directs des rayons solaires. On sait, par exemple, que la tuberculose se développe là où manque le soleil, que le bacille de Koch survit trois semaines à l'abri de la lumière, qu'il est détruit en cinq jours par un éclairage moyen, et en quelques heures par une forte insolation. De là le proverbe : « *Où entre le soleil, n'entre pas le médecin.* » L'action du soleil sur les microorganismes pathogènes et sur les agents de défense de l'organisme contre eux, a été facilement démontré dans les plaies ouvertes. On peut voir par l'exposition au soleil se produire une congestion, un afflux de lymphe, une abondance et une vitalité particulière des phagocytes.

D'intéressantes observations et expériences de ce fait sont relatées dans le travail du D^r LÉO ⁽¹⁾.

A cette action microbicide, s'ajoute très certainement une action chimique. On sait depuis longtemps, à la suite des expériences faites sur le rachitisme avec des animaux maintenus à la lumière ou à l'abri de toutes radiations, que les rayons solaires agissent puissamment sur le métabolisme du phosphore et sans doute de bien d'autres corps.

D'après les expériences de Gustave LE BON, les rayons lumineux ont une action profonde sur la matière, capable même d'amener des remaniements de la structure atomique. L'influence de la lumière sur les vitamines est également bien connue.

Cliniquement, on retrouve ces effets dans les transformations que subi l'organisme soumis au traitement héliothérapique. L'action biochimique se constate facilement par l'examen des urines dans lesquelles l'élimination phosphaturique diminue, plus tard la recalcification s'observe cliniquement sur la dentition ou au moyen de la radiographie. Les échanges pulmonaires sont plus intenses; l'amplitude même des mouvements respiratoires est augmentée, et il y a là non seulement l'influence naturelle de l'air libre, mais une action très appréciable, spéciale aux rayons solaires.

Après quelques jours d'héliothérapie, on assiste à un début de transformation de la maladie. Au bout

(1) G. LÉO : *Héliothérapie appliquée aux blessures* (Robaudy, Cannes, 1920).

d'une courte phase de réaction, qui ne dépasse pas huit jours, pendant lesquels les symptômes peuvent augmenter, survient une amélioration de l'état général, *l'appétit augmente*, les fonctions digestives redeviennent normales, la nourriture est assimilée, le *poids augmente*, le *sommeil se régularise*. Cette amélioration se continue parallèlement avec l'irradiation solaire, augmente et se stabilise.

Il y a une vaso-dilatation, surtout au niveau des capillaires, et désormais la peau et les tissus sont plus vitalisés, plus nourris, plus aptes à une défense et à une réaction.

L'état asthénique cesse bientôt ; le soleil a une action excitante, tonique, stimulante et fortifiante, et pendant les cures les malades éprouvent une sensation de paresse agréable, et jouissent d'un sentiment d'euphorie absolue.

Le soleil agit sur la température du corps. On constate en général une élévation qui peut atteindre normalement un degré, pendant l'exposition, et cela pendant plusieurs jours. Mais ensuite, chez un sujet normal, la température redevient normale et perd même cette sensibilité. Au contraire, chez un malade fébricitant, un traitement régulier, progressif, et convenablement dosé, provoque le retour de la température à la normale, à la fois par abaissement de la moyenne, et par diminution de l'écart entre les minima et les maxima. Quand ce phénomène ne se produit pas après quelques jours, il y a indication à diminuer la posologie du soleil ou même à suspendre

son action. Nous insistons en passant sur ce point, parce que dans plusieurs des réponses parvenues à notre enquête, assez souvent l'opinion se trouve exprimée que l'héliothérapie ne convient pas aux fébricitants. Nous pensons que bien souvent c'est une mauvaise application du traitement qui a donné cette opinion. Dans la plupart de nos observations, *le retour de la température centrale à la normale est, au contraire, un des résultats les plus vite et les plus sûrement obtenus.*

En ce qui concerne les douleurs, particulièrement dans la péritonite tuberculeuse, on assiste assez vite à leur régression, puis disparition complète : le soleil a une *action analgésique.*

Dans les formes ascitiques, le liquide diminue progressivement; si l'on mesure la circonférence du ventre semaine par semaine, comme nous le faisons, on constate une diminution continue et progressive, qui est parfois précédée au début d'une augmentation réactionnelle passagère. *La résolution des exsudats est la règle* ; bien que pour les grands épanchements cette opinion ne soit pas partagée par tous. Dans deux cas d'ascite considérable observés à Courmettes, le liquide a diminué progressivement, ne s'est jamais reproduit et la guérison est survenue par un traitement héliothérapique. Dans un autre cas, d'ascite énorme chez une jeune fille, le Dr MONOD a dû recourir à la ponction à cause des phénomènes de compression, mais le liquide s'est reproduit.

Des remarques intéressantes ont été faites sur

l'influence des rayons solaires sur la sécrétion urinaire. Nous empruntons à l'ouvrage du D^r MALGAT ⁽¹⁾ les deux tableaux ci-après, relatant les observations faites sur lui-même pendant deux périodes de dix jours, dont une sans exposition au soleil, et la seconde avec l'exposition journalière de vingt minutes seulement, toutes autres conditions restant égales, sauf que, pendant la période avec exposition, la quantité de boisson ingérée a été diminuée de cent grammes. Malgré cette ingestion moindre de liquide, la quantité totale *d'urine émise est augmentée* par l'action solaire en moyenne de 120 grammes par jour. Il est naturel de penser que cette diurèse a une action favorable dans les cas d'ascite, il en est de même du rétablissement des évacuations intestinales normales. La très grande majorité de nos malades arrivent constipés et retrouvent leurs fonctions au bout de quelques jours.

(1) D^r MALGAT : *La Cure Solaire de la Tuberculose*.

*Diffusion des eaux de boisson chez un homme bien portant
âgé de 57 ans, qui ne fait pas d'insolation.*

DATE	URINES DE JOUR	URINES DE NUIT	TOTAL	BOISSON EN 24 HEURES
Juillet	grammes	grammes		
8	475	675	1.150	1.540
9	700	690	1.390	"
10	550	750	1.300	"
11	500	750	1.250	"
12	850	950	1.810	"
13	550	700	1.250	"
14	550	1 050	1.600	"
15	550	700	1.250	"
16	800	869	1.660	"
17	800	1.050	1.850	"

*Insolations de 20 minutes à 10 h. 1/2 (970 m. d'altitude)
du 27 juillet au 5 août 1908,
chez un sujet de 57 ans, bien portant.*

JUILLET	TEMPÉRATURE au soleil	TEMPÉRATURE DU CORPS DANS LA BOUCHE		BOISSON en 24 heures	URINES DE 24 HEURES		
		Avant	Après		Jour	Nuit	TOTAL
27	44	37	36,9	1.410	600	700	1.300
28	43	37,1	36,9	1.440	900	750	1.650
29	45	36,9	36,9	1.440	575	875	1.450
30	40	36,9	37	1.410	878	850	1.728
31	45	37	37	1.440	665	700	1.365
1 Août	45	37	37	1.440	700	800	1.500
2	40	37	37	1.440	860	980	1.840
3	33	37,2	37	1.440	750	690	1.440
4	45	36,9	36,9	1.440	720	780	1.500
5	45	37,4	36,9	1.440	790	790	1.580

L'élimination est plus intense sous l'influence de la chaleur solaire qui provoque une sudation, les glandes sudoripares et tous les émonctoires jouent un rôle considérable dans l'élimination des toxines microbiennes.

L'abdomen des péritonitiques qui était dur, balonné, devient souple. Les contractures se relâchent. L'empâtement, *les gâteaux péritonéaux se fondent et disparaissent.*

Dans les formes plastiques, nous avons vu presque toujours les masses se résorber lentement ; nous ne savons pas dans quelle mesure il s'agit de la résorption de masses caséeuses ou de la fonte d'adhérences fibreuses, mais les deux certainement se réalisent.

En effet, si les rayons solaires ont une *action sclérogène* indéniable, ils ont aussi une action réellement *cicatrisante* en comprenant par cicatrice, non pas la substitution au tissu détruit d'un tissu fibreux, dur, dépourvu d'élasticité et de vitalité, mais bien la reconstitution anatomique du tissu normal.

La Tension Artérielle

En ce qui concerne la tension artérielle elle est en général diminuée chez les sujets qui nous arrivent et montre en moyenne de douze à quatorze au Pachon, au bout de quatre à six mois de traitement, elle est remontée vers quatorze à dix-sept. Nous avons fait, au sujet de la tension artérielle des observations très

régulières qui nous ont permis les constatations suivantes :

1) Pendant l'insolation, la tension artérielle baisse généralement d'une façon passagère pour revenir à son point primitif au bout de une à trois heures. Malgré cette baisse momentanée, due peut-être à la vasodilatation causée par la chaleur, si le sujet continue l'héliothérapie à l'altitude, comme c'est le cas à Courmettes, pendant six mois à un an, la tension artérielle, prise en dehors des heures d'insolation, s'élève et se maintient plus haute qu'elle n'était au début du traitement, cette augmentation reste acquise pendant de longs mois après la fin de la cure.

2) Nous avons pris la tension des sujets exposant tout le corps à l'air libre et au soleil, en notant la température de l'air ambiant au niveau même du corps du sujet. Dans ces conditions, les variations de la tension sont inverses des variations de la température.

Quand la température est plus élevée que celle du corps, 40° et plus, la tension artérielle s'abaisse. Quand la température de l'air est moins élevée que celle du corps, 37° ou au-dessous, la tension artérielle s'élève.

Pigmentation

Sous l'influence des rayons solaires, apparaît une *pigmentation* de la peau, qui est très variable suivant

les sujets dans son intensité, dans sa teinte, dans sa répartition, dans la rapidité de son apparition. Cette pigmentation nous semble moins rapide à la montagne qu'au bord de la mer, surtout si le sujet prend en même temps des bains, et expose la région mouillée au soleil. Mais elle est tout aussi durable et possède la même signification physiologique.

Dans les débuts de l'héliothérapie, on a pensé que plus la pigmentation est foncée et rapide, plus la réaction qu'elle indique est forte et le pronostic plus favorable. Notre observation n'est pas en faveur de cette manière de voir. Nous pensons que ces variations sont en rapport avec des qualités particulières de l'épiderme, et nous croyons aussi des prédispositions familiales héréditaires, et de causes encore ignorées. Nous avons vu maintes fois des malades à faible pigmentation guérir parfaitement, et d'autres, fortement pigmentées, avoir une amélioration relativement moins rapide de l'état général.

La pigmentation apparaît comme un signe de défense de l'organisme contre le soleil lui-même. Elle est probablement aussi un élément de défense contre les microbes. Ceci explique que certains auteurs considèrent surtout l'effet favorable de la pigmentation (BACH, HAGEMANN, ROLLIER ET SCHROTTER); tandis que d'autres, y voyant surtout un rideau opposé à la pénétration des rayons solaires, la juge surtout nuisible (CZERNY, ERNST, HABERLING, RAIN).

On prétend également que, dans les états anémi-

ques, la pigmentation ne se produit pas. (VULPIUS ⁽¹⁾, etc...)

Quoique nous n'osions pas conclure d'après des observations qui ne sont pas assez nombreuses et que nous n'avons pas pu suivre longuement dans le temps, nous mentionnerons deux cas d'anémie, l'une grave, l'autre pernicieuse, qui contredisent nettement cette affirmation.

OBSERVATION N° 12

Le premier cas se rapporte à une malade hollandaise atteinte d'une affection abdominale sur la nature de laquelle nous ne sommes pas encore définitivement fixé, ayant subi la transfusion du sang, et qui est arrivée pendant la préparation de notre travail. Nous avons fait immédiatement la numération globulaire qui a révélé 1.800.000 globules rouges. En présence du facies exangue et de l'état cachectique, révélant une anémie pernicieuse, de cette malade, nous avons beaucoup hésité à lui appliquer le traitement solaire.

Finalement, avec le Dr G. MONOD, nous nous sommes décidés à entreprendre une cure prudente, avec une surveillance rigoureuse de l'état cardiaque, pulmonaire et général avant, pendant et après les cures, dosées très progressivement. Nous n'avons pas eu lieu de regretter cette décision, bien au contraire, car la malade en a largement profité.

Le 27 février, dix jours après son arrivée, en dehors d'un début d'amélioration de l'état général déjà sensible, la numération montre 2.450.000 globules rouges; un mois après, le 27 mars, on en relève 3.200.000.

(1) VULPIUS : *Die Behandlung der Chir. Tub. in der Tiefebene.* (Tuberkulosis, 1913, n° 9). — *Ueber Lichtbehandlung der Chir. Tub.* (Münch. Med. Woch, 1913, n° 20).

Nous ne voulons pas attribuer tout le mérite de cette augmentation à l'Héliothérapie seule, car nous savons que l'influence de l'altitude y est aussi pour beaucoup. Ce que nous voulons démontrer, c'est que cette malade a pu suivre au bout de quinze jours la cure solaire comme les autres, et surtout que cette pâleur cadavérique a fait place à une pigmentation encore beaucoup plus accentuée que celle des autres malades soumis au traitement héliothérapique depuis de longs mois.

OBSERVATION N° 13

Une autre malade, jeune femme envoyée par le Dispensaire de Chalons-sur-Saône, a déjà été traitée l'an dernier à Courmettes pour péritonite tuberculeuse plastique. Elle était enceinte avant son arrivée; elle a quitté le sanatorium après deux mois de traitement seulement et contre l'avis du médecin-directeur. Elle a accouché chez elle normalement, n'a pas allaité son enfant, a repris son travail et a rechuté complètement. Elle revient à Courmettes dans un état de misère physiologique très accentué. Nous comptons à peine 3.000.000 de globules rouges. Malgré cette anémie, elle s'est pigmentée rapidement et d'une façon très accentuée.

Ces deux exemples, chez des malades atteintes d'anémie profonde, contredisent catégoriquement l'opinion exprimée par les quelques auteurs qui prétendent que, chez les anémiques, la pigmentation fait défaut.

On a discuté la question de savoir si les rayons

lumineux agissent en profondeur, ou seulement en surface, et l'on se fait fort de démontrer qu'ils ne traversent même pas l'épaisseur de la peau. A notre avis, cette question est purement théorique. Que les rayons agissent à travers la peau, ou par l'intermédiaire de la peau, il est cliniquement et anatomiquement démontré que, sous leur influence, des abcès profondément situés se résorbent, des masses fibreuses disparaissent, des ganglions fondent, et des épanchements s'évanouissent.

B) Instructions pour l'examen du malade.

Nous avons fait nos observations et appliqué l'héliothérapie de la manière suivante, que nous exposerons en prenant le cas d'une malade qui entre au sanatorium :

Pendant la première semaine, repos absolu au lit ; la malade s'acclimate, au milieu du sanatorium, à sa discipline, à l'air généralement plus vif et surtout plus largement dispensé qu'elle n'en a l'habitude. Suivant la saison, elle est mise au grand air, plus ou moins longtemps chaque jour, mais sans exposition au soleil. Pendant ce temps, nous l'observons et commençons la rédaction de son observation. Tous les renseignements concernant la malade, les fiches provenant des médecins traitants, des dispensaires, de la famille, les radiographies et radioscopies, etc..., sont rassemblés. S' il y a lieu, on écrit aux médecins ou aux chirurgiens qui se sont occupés

de la malade, pour avoir des renseignements complémentaires.

Nous procédons naturellement à un examen clinique rigoureux, méthodique et complet, ainsi qu'à l'interrogatoire du sujet. Pour cela, nous savons profiter de l'avantage que les circonstances nous donnent sur le médecin praticien ou le consultant du dispensaire. Ce n'est pas une simple visite que nous faisons à la malade. Nous la revoyons chaque jour, à tout moment de la journée ; l'interrogatoire se complète peu à peu par une série de conversations de plus en plus instructives pour nous, à mesure que la confiance du sujet s'accroît et que sa timidité disparaît ; l'examen clinique lui-même se complète des mille observations si variées qu'on fait faire en regardant un sujet vivre et réagir dans des circonstances différentes, et dans les moments où il se surveille le moins et s'abandonne le plus.

Chez les péritonéaux, outre l'inspection, la palpation, la percussion, les recherches des différents signes cliniques, nous mesurons la circonférence de l'abdomen, ce qui est fait par la suite toutes les deux semaines, afin de se rendre compte de la diminution de l'ascite. Les malades sont pesés à l'arrivée, puis ensuite le 1^{er} de chaque mois ; c'est ainsi que nous pouvons constater une augmentation régulière, qui se continue même après de longs mois. Nous prenons la tension artérielle (PACHON), ce qui sera refait tous les trois mois, et notons les pulsations pendant trois jours, à des heures différentes.

Pour contrôler si les malades sont vraiment atteints de péritonite tuberculeuse, nous appliquons systématiquement l'épreuve de Kuss (décrite à la page) et qui nous rend les plus grands services pour la confirmation ou le rejet du diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Nous interrogeons très soigneusement les malades sur leur vie génitale et les troubles qui ont pu survenir dans leurs menstruations, troubles très fréquents et très significatifs dans la péritonite tuberculeuse (voir chapitre : Troubles de la menstruation). C'est une nécessité absolue de pratiquer systématiquement le toucher qui, chez les péritoniques, révèle souvent des lésions génitales inattendues.

Le sanatorium dispose d'un laboratoire où nous faisons régulièrement toutes les recherches nécessaires, ce qui nous permet de faire l'analyse complète de l'urine, les dosages et la quantité des éléments constitutifs et du sang. Examen des fèces, dans le but de découvrir les bacilles de Koch, ou autres agents pathogènes. La numération globulaire du sang que nous faisons à l'entrée se répète au bout de huit jours, un mois, trois et six mois, et nous montre dans la première semaine une augmentation considérable, qui se maintient et s'élève désormais beaucoup plus lentement, jusqu'à la normale.

Au début de l'héliothérapie, la température est prise de quatre à six fois par jour, pour permettre le contrôle des réactions; plus tard, deux fois quotidiennement. Sur la fiche, on marque également les

heures de cure solaire faites dans la journée, en additionnant toujours depuis le début.

Pendant la période cataméniale, ou en cas d'incident (érythème, épistaxis, etc...), la cure est interrompue et les malades placés à l'abri du soleil, ainsi que pendant les crises aiguës.

L'héliothérapie se fait sur de vastes terrasses où, avec une grande facilité, des enfants même peuvent sortir les lits roulants de la salle qui s'ouvre sur les terrasses de cure, où les malades passent toute la journée, y prenant même souvent une partie de leurs repas. Le sanatorium est isolé entièrement au milieu de 700 hectares de montagne; l'air y est donc d'une pureté absolue, et des terrasses de cure on découvre un splendide panorama qui s'étend de Grasse à Antibes, et, plus loin, de la pointe de Saint-Raphaël à la Corse, visible certains jours.

Le traitement ne doit pas être dirigé à l'aveugle, ni par le hasard; car au lieu de guérir, on peut nuire aussi bien et en tout cas ne pas obtenir le résultat cherché.

Pour le traitement de la péritonite tuberculeuse par l'héliothérapie, il faut connaître la *posologie du soleil*, aussi bien que celle des rayons ultra-violets artificiels, qui doivent être *dosés et manipulés* en connaissant bien leur intensité, leurs effets et les résultats qu'on peut en attendre.

L'héliothérapie se fait d'après les instructions qui suivent, établies par le Médecin-Directeur, le

D^r Gérard Monod, et se trouve complétée, s'il y a lieu, par un traitement adjuvant.

C) Instructions pour la cure solaire.

« Les indications ci-après sont les règles générales qui conviennent à la majorité des cas. Elles doivent être scrupuleusement observées, et ne sont modifiées que par prescription médicale, suivant les cas particuliers.

Le corps est divisé en zones d'après le schéma ci-contre :

Première zone : jusqu'au dessous du genou.

Deuxième zone : jusqu'à mi-cuisse.

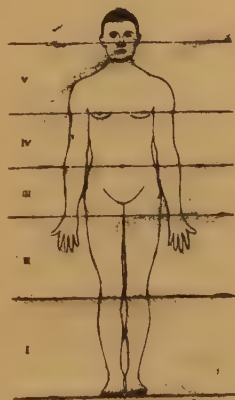
Troisième zone : jusqu'à l'ombilic.

Quatrième zone : jusqu'aux seins.

Cinquième zone : jusqu'à la racine du nez.

Sauf chez les sujets très entraînés, la tête reste à l'abri du soleil.

La cure suit la gradation indiquée ci-après, en commençant par les jambes :



I. — EN HIVER

Premier jour

1^{re} zone, 10 min..... 10 min.

Deuxième jour

1^{re} zone, 10 min.; deux
1^{res} zones 10 min... 20 min.

Troisième jour

1^{re} zone, 10 min.; deux
zones, 10 m.; trois
zones, 5 min..... 25 min.

Quatrième jour

1^{re} zone, 10 min.; deux
zones, 15 min.; trois
zones, 5 min..... 30 min.

Cinquième jour

Deux 1^{res} zones, 20 m.;
trois zones, 10 min.;
quatre zones, 5 min. 35 min.

Sixième jour

Deux 1^{res} zones, 25 m.;
trois zones, 15 min.;
quatre zones, 5 min. 45 min.

Septième jour

Trois 1^{res} zones, 30 m.;
quatre zones, 15 m.;
cinq zones, 5 min... 50 min.

Huitième jour

Trois 1^{res} zones, 30 m.;
quatre zones, 20 m.;
cinq zones, 10 min... 60 min.

II. — EN ETE

Premier jour

1^{re} zone, 5 min..... 5 min.

Deuxième jour

1^{re} zone, 5 min.; deux
1^{res} zones, 5 min... 10 min.

Troisième jour

1^{re} zone, 10 min.; deux
zones, 5 min..... 15 min.

Quatrième jour

1^{re} zone, 10 min.; deux
zones 5 min.; trois
zones, 5 min..... 20 min.

Cinquième jour

Deux 1^{res} zones, 15 m.;
trois zones, 10 min. 25 min.

Sixième jour

Deux 1^{res} zones, 15 m.;
trois zones, 15 min. 30 min.

Septième jour

Deux 1^{res} zones, 15 m.;
trois zones, 15 min.;
quatre zones, 5 min. 45 min.

Huitième jour

Deux 1^{res} zones, 20 m.;
trois zones, 15 min.;
quatre zones, 5 min. 40 min.

Neuvième jour

Deux 1^{res} zones, 20 m.;
trois zones, 20 min.;
quatre zones, 10 m. 50 min.

Dixième jour

Deux 1^{res} zones, 20 m.;
trois zones, 20 min.;
quatre zones 15 m. 55 min.

Onzième jour

Trois 1^{res} zones, 40 m.;
quatre zones, 10 m.;
cinq zones, 5 min... 55 min.

Douzième jour

Trois 1^{res} zones, 40 m.;
quatre zones, 10 m.;
cinq zones, 10 min.. 60 min.

La séance de cure la plus importante se fait le matin. A partir du huitième jour en hiver et du douzième jour en été, le malade expose tout le corps au soleil pendant toute la durée de la cure, qui va en croissant au-delà d'une heure.

A partir de ce moment, il fait l'après-midi une seconde séance d'une durée des trois quarts de celle du matin.

Le malade reste entièrement couché pendant la cure et, quelle qu'en soit la durée, *expose alternativement au soleil les deux côtés du corps.*

Avant de commencer la cure solaire proprement dite, le malade est soumis à un entraînement progressif à la cure d'air sur la terrasse, sans se découvrir. La durée de cet entraînement varie suivant la saison, la température extérieure et la maladie.

Dès que la durée de la séance dépasse une demi-heure, le malade doit avoir à sa disposition *de l'eau fraîche à boire.*

S'il y a suppuration, le pansement est enlevé avant la cure et remis après; *mais l'orifice des fistules reste recouvert d'une compresse et n'est pas exposé au soleil.*

Pendant les sept premiers jours de cure solaire, et plus longtemps si le médecin l'indique, la température rectale est prise et notée :

- 1° Le matin ;
- 2° Immédiatement après la séance ;
- 3° Deux heures après la séance ;
- 4° Le soir.

Quand la cure a été interrompue pour une cause quelconque, le jour où elle est reprise, la dose se calcule en remontant sur le tableau autant de lignes que le nombre de jours d'interruption. Ainsi, si la

cure est interrompue à dater du huitième jour, pendant le septième jour; si elle est interrompue pendant un jour, on reprend la dose indiquée pour le septième jour; si elle est interrompue pendant trois jours, on reprend la dose indiquée pour le cinquième jour.

Le malade doit en outre connaître et retenir les conditions suivantes :

Les tableaux ci-dessus concernent la cure d'héliothérapie proprement dite. En dehors des temps d'exposition, le malade reste couché en plein air, mais couvert, pendant toute la durée des séances de cure inscrites au tableau horaire.

Les radiations solaires agissent moins énergiquement, mais d'une façon très importante, alors même que les rayons traversent des nuages. Le malade doit donc s'entraîner à être nu à l'air, même quand le soleil ne brille pas.

Comme toutes les médications réellement actives, le soleil détermine souvent au début un accroissement passager des symptômes : gonflement des articulations, abondance de la suppuration, douleurs et même fièvre. Le malade ne doit pas s'en inquiéter, mais en prévenir le médecin, qui décidera si ces phénomènes doivent faire diminuer le dosage de la cure. »

Pour l'application de la cure solaire il n'y a pas de règles fixes; chaque sanatorium l'établit différemment et ses règles varient aussi suivant la région, l'altitude, les saisons, etc...

Ce qui ressort des instructions du D^r G. Monod et qui a une grande importance, c'est qu'il faut habituer progressivement les malades au soleil, par petites doses, en tenant compte de la tolérance et des réactions individuelles de chacun. La cure doit donc subir une gradation progressive et la durée des premières séances être différente l'été et l'hiver, suivant l'intensité du soleil. D'ailleurs, dans un sanatorium il n'y a pas besoin de règlement fixé, car le médecin, en contact permanent avec les malades, doit exercer une surveillance quotidienne et individuelle.

Les malades dont nous publions les observations ont eu pendant une année environ 300 jours ensoleillés, avec un minimum d'une heure de cure sur le corps entier, sans tenir compte des irradiations solaires inférieures à cette durée.

Ce qui est d'une importance capitale, c'est d'arriver à l'exposition totale du corps, avec le minimum de vêtements. C'est une erreur de croire que l'irradiation partielle, exclusivement localisée sur l'abdomen en cas de péritonite tuberculeuse, peut suffire, et nous avons vu bien des médecins n'irradier que l'endroit touché.

Après la période d'entraînement, pendant laquelle on commence par les pieds et les membres inférieurs, pour remonter ensuite progressivement, le bain de soleil doit être généralisé à tout le corps, sauf la tête. Le malade doit s'exposer entièrement nu aux rayons, ou tout au moins, n'avoir qu'un cache-sexe ou un petit

caleçon de bain, de couleur blanche. (Le noir qui absorbe la chaleur, congestionne les organes sous-jacents, et ne laisse pas les rayons lumineux pénétrer. doit être proscrit.)

Toutes les parties du corps doivent se trouver alternativement exposées au soleil, le malade se couchant tour à tour sur le dos et sur le ventre.

De une heure à trois heures, les malades sont astreints à une *cure de silence absolue*, pendant laquelle il leur est interdit de lire ou de s'occuper à quoi que ce soit. Cette obligation leur paraît souvent très dure, et pour qu'ils s'y soumettent, il faut une rigoureuse discipline, surtout au début. Ces cures sont très sévèrement surveillées par les infirmières de garde et les malades, une fois habitués, s'endorment facilement après la sonnerie qui les annonce. Ce repos absolu du corps et de l'esprit pendant deux heures, au milieu de la journée, profite beaucoup aux malades, et les tuberculeux surtout en ont grand besoin.

D) Où doivent se faire les cures ?

La première question que l'on puisse se poser est la suivante : bord de la mer ou altitude.

Nous citerons ce que le D^r MONOD écrit à ce sujet dans son travail : « *La Tuberculose, le Soleil et l'Altitude.* » Une station unissant les avantages de l'altitude à ceux du climat méridional, plus riche et plus tempéré en soleil que les régions élevées des Alpes, présente un intérêt spécial... « La cure derrière des

vitres est un non-sens, la cure en chambre devant une fenêtre ouverte est un pis-aller, la cure sur des galeries très abritées et couvertes est un stade de début et d'entraînement. *La cure idéale se fait à l'air libre.* Les malades arrivent non seulement à supporter, mais à rechercher au soleil, l'action du vent sur le corps nu, »

Il faut cependant prendre garde et veiller à ce que les malades (surtout les pulmonaires) ne se refroidissent pas, et si la température est très basse et que les extrémités soient froides, on doit les couvrir légèrement tout en les laissant à l'air.

La cure solaire idéale est bien, celle qui se fait au grand air, et à l'altitude, dans un climat héliomarin. Cependant, lorsque par suite de diverses circonstances, il est impossible au malade de quitter sa famille et d'aller passer de longs mois dans un Sanatorium d'Héliothérapie, nous sommes personnellement convaincus que la cure solaire peut se faire partout avec succès. Nous ne pouvons pas mieux faire que de citer à ce propos l'expérience des D^{rs} Armand DELILLE et HARTMANN ⁽¹⁾ qui, en plein cœur de Paris, trouvèrent le moyen de traiter et de guérir par la cure solaire naturelle, une femme de 27 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, et qui avait subi trois fois en vain, la laparotomie.

Dans ces cas, l'essentiel est de ne *pas gaspiller* un seul rayon de soleil, mais au contraire de l'utiliser au maximum, et notre avis personnel est qu'une des con-

(1) Soc. de Chir., 19 octobre 1921.

ditions les plus importantes, est d'exposer tout le corps entièrement nu aux irradiations solaires. Les règles suivies seront celles données plus haut, la durée des séances pourront être plus longues à cause de la moindre intensité du rayonnement. Il faut commencer l'insolation par les pieds, et remonter progressivement jusqu'à la tête, la pigmentation se produira de la sorte aussi bien que dans un sanatorium.

Cette cure peut se faire à la rigueur dans l'intérieur de la chambre, devant la fenêtre ouverte ; le moment le plus favorable est vers onze heures du matin, et quoique, bien entendu, il y ait de nombreuses difficultés pour atteindre le but cherché, nous sommes convaincus que la guérison par l'héliothérapie peut être obtenue partout, même chez soi, en pleine ville, sans altitude ni climat héliomarin.

Naturellement que l'héliothérapie complète reste toujours la meilleure et que nous n'indiquons cette méthode de cure solaire à domicile que dans les cas de force majeure, lorsqu'on ne peut pas quitter son chez soi, ni recourir à l'hôpital ou au sanatorium.

Tout ce que nous avons dit plus haut s'applique aux malades atteints de péritonite tuberculeuse ; chez les pulmonaires, il y a des règles spéciales sur lesquelles nous ne nous étendrons pas ici, nous bornant à mentionner que chez ces derniers, nous surveillons quotidiennement, surtout au début, l'état pulmonaire et les réactions.

E) *Pronostics, résultat et durée du traitement.*

La durée du traitement est très variable, mais en général, *assez longue* : de trois mois à un an, quelquefois plus, dans les cas graves. C'est bien une difficulté pour ceux qui doivent gagner la vie de leur famille, mais c'est une nécessité absolue. Nous avons eu plusieurs malades qui, satisfaits d'une amélioration rapide et apparente, nous ont quitté au cours du traitement sans écouter nos avis, *ont fait des rechutes* et ont dû revenir. Quand on se soigne au début, la guérison est plus rapide, mais plus on tarde, plus elle est lente à venir, bien qu'une amélioration arrive presque toujours dès la première semaine et se continue graduellement. *Le résultat est bon, même dans les cas avancés, c'est une question de temps tout simplement*; il dépend beaucoup de l'âge des malades et de l'âge de la maladie.

Bien entendu que, si l'héliothérapie est féconde en résultat, cela n'exclut pas, le cas échéant, l'emploi de quelques médicaments reconnus utiles, et nous avons seulement voulu démontrer la force latente cachée dans la nature, et surtout dans l'héliothérapie, pour la guérison de la péritonite tuberculeuse.

HUCHARD a essayé aussi le traitement sans pharmacopée, ce qui l'amène à cette conclusion : « *Depuis que je fais de la thérapeutique sans médicaments, jamais je n'ai eu tant de succès en thérapeutique.* »

Les résultats sont encore plus grands, si à l'hélio-

thérapie est jointe l'air marin, l'altitude, une bonne nourriture, du calme et du repos.

Aux malades qui nous quittent, nous recommandons une *cure annuelle de deux mois*, afin de maintenir les bons résultats obtenus, de prévenir des récurrences, de renforcer l'organisme et l'état général. Si cette cure préventive de repos, nécessaire à tout le monde était suivie par les gens sains également, beaucoup de maladies pourraient être évitées. Nous mentionnerons ici que ROLLIER fait l'héliothérapie préventive contre la tuberculose dans les états prétuberculeux.

Avant de terminer cette question de pronostic, nous insisterons encore une fois sur la nécessité absolue :

1° de prolonger le traitement jusqu'au maximum de l'amélioration possible. Toute interruption prématurée aboutit à une rechute peut-être éloignée, mais certaine;

2° même après la guérison, si parfaite qu'elle semble, mener une vie régulière, hygiénique, sans gaspillage de force, car un organisme tuberculeux, même guéri, est toujours susceptible de rechuter en cas de surmenage.

Afin d'appuyer cette manière de voir qui nous semble capitale, nous reproduisons l'opinion si juste et basée sur de profondes observations que le Prof. PECH ⁽¹⁾ a bien voulu nous communiquer :

« Les opinions ci-après ne sont fondées que sur

(1) Lettre n° 96.

une centaine d'observations, mais consciencieuses et prolongées, les plus longues de quinze ans. En matière de péritonite tuberculeuse, on ne peut jamais être absolu, et là, plus peut-être que dans toutes les autres formes de tuberculose, j'ai l'impression que le « terrain » joue un rôle essentiel, il faut tenir compte en même temps que d'une thérapeutique chirurgicale, physique ou médicale, du climat et de l'alimentation du malade....



« Chez les enfants, même de la campagne, qui vivent généralement trop en air confiné, une cure de grand air (altitude héliomarine) donne des résultats supérieurs aux cures chirurgicales. On peut, au besoin, s'aider de l'ultra-violet.

« Pour les citadins adultes, l'ultra-violet fournit de bons résultats momentanés, peu satisfaisants à longue échéance, si le traitement n'est point complété par une cure climatique presque simultanée.

« Enfin, je suis convaincu, et *c'est là, selon moi, l'essentiel*, que le sujet atteint de péritonite bacillaire (tout comme le sujet atteint d'une lésion tuberculeuse quelconque), n'obtient des résultats thérapeutiques durables, quelle que soit la méthode employée, et ne peut survivre qu'à trois conditions :

« a) Fuir la ville et vivre au grand air, de préférence dans un pays de plaine ou sur un plateau peu boisé ;

« b) Mener une existence réglée et avoir une ali-

mentation saine (surtout, éviter la suralimentation prolongée et excessive), ;

« c) Eviter tout surmenage, de façon à réduire au minimum la fatigue de tous les organes essentiels.

« Ce sont là des conditions souvent difficiles à réaliser, j'en conviens, mais ce n'est guère qu'à ce prix (vie végétative dans de bonnes conditions de milieu extérieur), que j'ai vu jusqu'à ce jour des résultats satisfaisants et surtout durables. »

On peut évidemment poser la question : « *Y a-t-il des échecs dans la cure solaire ?* » et nous devons répondre : « *Oui, il y en a.* » Mais avec quelle médication, quel traitement chirurgical peut-on se vanter de ne jamais subir d'échecs ? Il en existe aussi dans l'héliothérapie, mais ils ne constituent que des exceptions à la règle qui est la guérison, souvent définitive, ou tout au moins une amélioration considérable dans la grande majorité des cas.

On pourra m'objecter : « *Oui, tout cela est très joli, mais il faut en avoir les moyens !* » Hélas, c'est bien vrai, et, quoique « *le soleil luise pour tout le monde* », réaliser l'héliothérapie, surtout dans de bonnes conditions et en hiver, n'est pas si facile. Mais, quand nous voyons des résultats comme au Sanatorium de Courmettes, où nous arrivent dans un état déficient, presque des condamnés à mort, par exemple M. R..., à qui l'on voulait amputer le pied, la petite H..., à qui l'on avait déjà réséqué plusieurs doigts et voulait faire la résection de la main ; M. C..., le pottique paralysé ; M^{lle} G..., la péritonitique ayant

refusé l'opération; les rachitiques, coxalgiques, etc... qui, après six mois ou un an quittent le sanatorium, guéris et capables de reprendre dans la vie sociale une place active et utile, nous devons crier de tout notre cœur : « *Sauvez les malades par la création de Sanatoria convenables !* »

Si on reconnaît que l'Etat doit soigner les malades indigents et leur donner une place dans les hôpitaux, afin qu'ils redeviennent des êtres valides et capables de remplir dans la société la tâche indispensable pour laquelle ils sont créés, pourquoi donc les enfermer dans des établissements où leur guérison est impossible, où ils achèvent lentement et sûrement de se cachectiser, où ils demeurent à perpétuité, à la charge de l'Etat ? Pourquoi bonder les hôpitaux de tuberculeux rapidement incurables, qui y resteront toute leur vie, quand il serait tellement plus simple, plus logique et plus sûr, de les soigner en état pré-tuberculeux ?

Combien de fois n'avons-nous pas entendu faire aux malades qui se présentent à la consultation des Dispensaires, la réponse stupéfiante, qui est un défi à toute raison humaine et scientifique : « *Non, nous ne pouvons pas vous envoyer dans un Sanatorium, vous n'êtes pas assez malade !* », et n'oublions pas la réplique indignée qu'un malade fit au médecin-consultant : « *Quand je serai mort, je vous appellerai pour me soigner !* »

IL VAUT MIEUX SOIGNER SA SANTÉ QUE SA MALADIE !

Luttons pour qu'en France, comme on le fait en

Allemagne, en Suisse et dans bien d'autres pays étrangers, on envoie dans les sanatoria les malades dès le début de leur maladie, et même les cas suspects, quand on ne fait que soupçonner leur état. atteints, et qu'ils ne sont pas encore tuberculeux, mais dans un état prétuberculeux; il faudrait une surveillance des cas suspects de prétuberculose, alors que le malade n'est encore qu'affaibli. Pris à temps, ces malades seront guéris au bout de trois mois et retrouveront l'équilibre de leur organisme, cela coûtera finalement beaucoup moins cher à l'Etat que de remplir les hôpitaux d'incurables ou de les laisser contaminer leur entourage.

C'est à nous, médecins, qu'il appartient aussi de lutter avec toute notre énergie, toute notre conscience, pour que l'on ouvre les sanatoria indispensables.

Ayant été à même de constater les résultats obtenus au Sanatorium de Courmettes, nous ne pouvons omettre de rendre hommage à ce généreux Américain, Mr. MAC INTIRE, lequel, comprenant les nécessités que nous venons de faire ressortir, fit aux œuvres de bienfaisance françaises, le don magnifique de ce domaine de 700 hectares, puis se retira, ne cherchant dans cet acte purement humanitaire, aucune satisfaction de vanité ni d'orgueil. (Voir ARMAND-DELILLE : Un premier Sanatorium d'altitude pour l'héliothérapie en France ⁽¹⁾.)

(1) *Bulletin Médical*, n° 33, 1621.

Ayant terminé ce chapitre, nous donnerons la statistique des résultats obtenus dans la péritonite tuberculeuse avec le traitement solaire au Sanatorium de Courmettes :

Total des cas traités au 1^{er} juin 1926 : 105, dont 91 malades sortis, et 14 malades en traitement.

Parmi les 91 malades sortis, nous notons :

- 59 guérisons,
- 14 grande amélioration,
- 13 état stationnaire,
- 2 état aggravé,
- 3 décès ⁽¹⁾.

Parmi les malades encore en traitement, nous notons :

- 7 guérisons assurées,
- 3 améliorations certaines,
- 4 cas à terminaison douteuse.

F) *Accidents, insuccès et contre-indications de l'Héliothérapie.*

En héliothérapie, comme dans toute la médecine en général, souvenons-nous du précepte : « *Primum non nocere.* »

La cure solaire doit être l'objet d'une très grande surveillance, il faut la doser prudemment, et comme le D^r ROLLIER ⁽²⁾ nous l'écrit si bien, « au compte-goutte ».

(1) Dont les causes ont été : 2 tuberculose intestinale et pulmonaire,
1 méningite tuberculeuse.

(2) Lettre n° 137.

Bien que nous donnions à nos malades les instructions sus-mentionnées, il arrive que les entrants, par excès d'enthousiasme au spectacle des guérisons qu'ils sont à même de voir, ou aux récits qu'on leur en fait, échappent à notre surveillance et nos conseils et, voulant imiter leurs voisins de cure, se découvrent complètement, comme les autres.

Dans ce cas, *même en hiver*, il nous arrive de constater des *érythèmes*. Actuellement, au mois de février, nous en avons deux.

Ces cas sont en général légers et transitoires, à cause de la surveillance exercée. Quelques jours d'interruption dans les cures suffisent à faire disparaître ces rougeurs dues à la vaso-dilatation des capillaires et à l'extravasation du sang.

Nous avons pu observer également un *érythème scarlatiniforme* de peu de durée. L'érythème peut revêtir, suivant son intensité, toutes les formes de brûlures, avec phlyctène et desquamation. Une issue fatale est possible, exceptionnellement en cas d'imprudence grave.

Les sujets lymphatiques ou très blancs sont plus sensibles.

Parmi les accidents légers, on peut citer : la *céphalée*, des *troubles visuels* (qu'on évitera en garantissant la tête avec un chapeau léger ou, de préférence, avec un écran, et en mettant des lunettes de couleur), des *vertiges*, des *nausées*, *épistaxis*, etc., etc.

Dans les cas rarissimes, peuvent survenir de la *congestion cérébrale*, *vomissements*, *perte de connais-*

sance, palpitations, tachycardie, méningite, aboutissant à la mort.

Ces cas extrêmes ne se présentent en général que dans la vie courante, et ne se produisent pas au cours d'un traitement héliothérapique bien surveillé.

La continuation de la cure solaire pendant plusieurs années peut déterminer de l'*artério-sclérose*, à cause de l'action cicatrisante du soleil. Nous attirons spécialement l'attention sur cette propriété des rayons solaires, dont les traités ne parlent pas.

Cette propriété, qui assure la sclérose des lésions pulmonaires et autres, peut avoir aussi des résultats fâcheux que l'on évitera en administrant au malade un traitement ioduré, parallèlement à la cure solaire.

Chez les sujets qui ont suivi pendant des années une cure solaire intensive et non compensée par le traitement ioduré, on peut constater, aussi bien chez les malades jeunes que chez les malades âgés, des signes d'*artério-sclérose* : les artères radiales sont dures et tendues comme un cordon. L'hypertension est accompagnée de douleurs, d'angoisse précordiale, quelquefois de souffle cardiaque lointain à la base du cœur, d'oppression, dyspnée, essoufflement, insomnies, névrites, etc...

Nous insistons sur ce point que les sujets jeunes peuvent présenter les mêmes symptômes que les artério-scléreux âgés. Nous avons, parmi nos hospitalisés, une malade, M^{lle} P..., qui a suivi pendant des années un traitement solaire intensif pour névrite sciatique et mal de Pott avec complications et qui,

malgré son âge (35 ans), présente les signes sus-mentionnés.

Chez certains malades, une trop grande intensité d'insolation peut se répercuter sur le système nerveux qui réagit différemment suivant les sujets. On remarquera chez les uns une *excitation anormale, irritabilité allant jusqu'à l'hystérie*; chez les autres, au contraire, survient de l'*abattement, lassitude générale, engourdissement, accès de mélancolie, troubles psychiques et mentaux*.

Nous pouvons, à ce sujet, citer le cas d'une de nos malades, M^{lle} R..., qui, après quelques jours de cure solaire, fut prise d'épistaxis, de délire, et voulut se suicider. D'après les renseignements fournis par sa famille, cette malade avait déjà présenté plusieurs fois, à des intervalles éloignés, des troubles de ce genre et, quoique ces tentatives de suicide n'aient pas été les premières, il est probable que cette rechute et ces nouveaux accès de mélancolie furent déclanchés par l'insolation.

Les accidents graves que nous venons de signaler pour être complets, sont extrêmement rares, et dans les sanatoria où les malades sont soumis à un contrôle médical et un entraînement rigoureux, nous n'observons que des cas légers et transitoires de congestion, d'épistaxis et d'érythèmes.

CONTRE-INDICATIONS

La cure héliothérapique ne saurait convenir à tous les états pathologiques. Chez les pulmonaires susceptibles d'être améliorés par la cure solaire, celle-ci doit faire l'objet d'une surveillance particulière qui permet, d'ailleurs, d'obtenir les meilleurs résultats. Les accidents les plus à craindre dans ce cas, ce sont la congestion et les hémoptisies, mais il existe de nombreux ouvrages traitant ce sujet, qui ne rentre pas dans le cadre de notre étude, et sur lequel nous ne nous étendrons pas.

Si, malgré toutes les précautions, la température monte trop et persiste, même après la période d'entraînement, sans qu'on puisse l'attribuer à une autre cause qu'à l'action directe du soleil, il y a contre-indication; ce cas est rare.

La contre-indication est absolue dans les états cachectiques ou de dégénérescence amyloïde des organes, pour quelques hypertendus, artério-scléreux, les sujets trop âgés, parmi les néphrites tuberculeuses, pour quelques malades atteints très profondément, et chez lesquels l'action solaire détermine une lassitude profonde, allant jusqu'à la perte de connaissance; pour les cardiaques mitraux, ou aortiques, ou ceux présentant de la péricardite, la cure solaire est également contre-indiquée, cependant, lorsqu'il s'agit de lésions cardiaques bien compensées, l'héliothérapie peut être supportée, si l'on entraîne le malade avec

précautions. L'*albuminurie*, sauf urémie, n'est pas une contre-indication, et nous avons encore plusieurs malades qui, même avec une albuminurie assez considérable, se sont très bien guéris.

Parmi les contre-indications absolues, figurent encore les péritonites tuberculeuses à formes miliaires aiguës.

INSUCCES

Le D^r MALGAT est d'avis que : « la raison des insuccès en hélio-thérapie est due probablement à l'état avancé de la tuberculose et à la ruine de l'organisme. »

Malgré toutes les précautions prises dans le dosage de la cure solaire, dosage qui doit varier suivant la région, la saison et l'intensité du rayonnement, il y a quelques sujets dont l'état s'aggrave pendant le traitement.

Nous citerons, par exemple, le cas de M^{lle} Fernande J..., qui nous fut envoyée en août dernier, après une appendicectomie, au cours de laquelle on avait découvert sur le péritoine des granulations tuberculeuses. Cette malade jouissait, avant son opération, d'une santé d'apparence florissante, et rien ne pouvait faire soupçonner l'existence d'une péritonite tuberculeuse.

Les premiers mois au sanatorium se passèrent sans incidents ni amélioration locale, malgré l'hélio-thérapie. Subitement, deux crises violentes survinrent qui, jointes à un de ces états de mélancolie que nous avons signalés plus haut, décidèrent la malade à retourner dans ses foyers, au bout de six mois.

Il est bien évidents que de tels exemples sont rares; dans le cas de M^{lle} F. J..., ni l'intervention chirurgicale, ni le traitement héliothérapique n'ont eu de favorables résultats, sans qu'on puisse incriminer l'un ou l'autre. Il s'agit là d'un trouble trop profond du système nerveux de l'état moral et, peut-être, de l'état général, pour que l'équilibre nécessaire à la guérison puisse être rétabli, quels que soient les moyens employés.

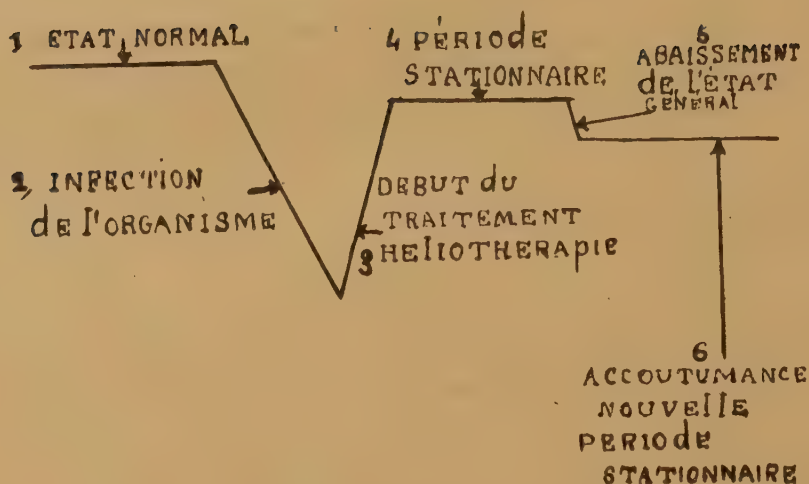
Il ne faut pas demander à l'héliothérapie plus que ce qu'elle peut donner.

G) *Accoutumance à l'héliothérapie.*

L'idée nous est venue d'observer s'il n'existerait pas une accoutumance au traitement héliothérapique après une certaine période, ainsi qu'il y en a une pour de nombreux médicaments.

Nous croyons que cette particularité de l'héliothérapie n'a encore fait l'objet d'aucune étude.

D'après nos observations personnelles, nous sommes convaincus qu'*au bout d'un certain temps, le traitement solaire perd de son efficacité.* Nous avons pu voir des malades, surtout d'une autre localisation tuberculeuse que celle du péritoine (les péritonitiques ne faisant, en général, que des cures de quelques mois à un an, d'après la forme et l'âge de la maladie) qui, suivant depuis plusieurs années l'héliothérapie, ont traversé plusieurs périodes schématisées ci-après :



Dans ce schéma nous distinguons six périodes (qui peuvent varier suivant les malades, mais s'appliquent à la majorité des cas) :

- 1) correspond à l'état normal;
- 2) période aiguë de l'affection, déficience de l'organisme;
- 3) correspond à une période ascendante et à un relèvement de l'organisme dues à l'installation de l'héliothérapie et à une cure d'environ de 12 à 18 mois;
- 4) correspond au début d'une période d'accoutumance à l'héliothérapie avec état stationnaire de l'amélioration obtenue;
- 5) baisse légère de l'amélioration;
- 6) nouvelle période stationnaire, accoutumance définitive.

Après cette dernière période, les malades conti-

nuent à bénéficier de la cure d'air et de repos, mais peu du soleil, si actif au début.

Nous avons recherché les causes de cette accoutumance à l'héliothérapie constatée chez M^{lles} C..., P..., W..., A..., etc., qui suivent le traitement solaire depuis un à trois ans, et donnons les hypothèses suivantes :

1° Il est très probable qu'au bout d'un certain temps il se produise une accoutumance comparable à celle qu'on observe après l'usage de certains médicaments. Les doses initiales efficaces au début doivent être augmentées progressivement pour atteindre le même résultat.

2° La pigmentation joue très probablement un rôle considérable dans cette obligation d'augmenter la durée des cures pour obtenir de maintenir ou augmenter l'efficacité constatée au début du traitement. Nous sommes persuadés que la pigmentation est vraiment un obstacle à la pénétration des rayons solaires, ultra-violets ou X, et nous pouvons en donner la preuve par

a) l'inefficacité des rayons ultra-violets que nous avons constaté sur les enfants nègres traités chez le Prof. MARFAN;

b) que dans les pays tropicaux la pigmentation des nègres, etc., sert de moyen de défense contre la trop grande intensité du soleil;

c) tous les radiologues connaissent la difficulté que présente la pénétration des rayons à travers un épiderme pigmenté pour la radioscopie, la radiographie ou les rayons ultra-violets, dont les rayons doivent

être de plus en plus denses et l'application plus longue suivant le degré de pigmentation du sujet;

d) peut-être aussi que la chronicité de quelques cas rend impossible de dépasser un certain point d'amélioration, et c'est alors moins l'accoutumance que la nature de la maladie qui peut être accusée.

Nous croyons d'ailleurs que suivant les cas une ou plusieurs de ces hypothèses peuvent être mises en cause.

Il nous semble qu'un bon moyen d'éviter cette accoutumance est d'interrompre de temps en temps la cure solaire, tout en laissant les malades profiter de la cure d'air et de repos, ce qui aura également pour résultat une dépigmentation relative. Après ce temps d'arrêt, l'héliothérapie aura retrouvé son action profitable.

Après avoir exposé en détail l'héliothérapie, nous exposerons brièvement les autres méthodes de traitement de la péritonite tuberculeuse.

VII. — Les rayons ultra-violets

En ce qui concerne les rayons ultra-violets, nous ne les considérons que comme un succédané de la lumière naturelle et préférons toujours l'héliothérapie qui renferme beaucoup d'éléments encore mal connus que les rayons ultra-violets ne contiennent pas, et dont l'ensemble, même s'il y a des différences de propriété entre les rayons infra-rouges et ultra-violets, est très nécessaire, possède et communique une vitalité, une énergie incomparablement plus grandes que l'action limitée des rayons actiniques.

Nous citerons à ce propos ce que le Dr Gérard MONOD écrit dans son travail : « *Tuberculose, Soleil et Altitude* » : « Loin de nous l'idée de mettre en doute les résultats très intéressants obtenus par ces procédés, et sur lesquels VIGNARD, entre autres, a insisté à mainte reprise. Mais si l'on nous permet une comparaison, le chirurgien qui emploie cette lumière artificielle ressemble à l'amateur de musique qui écoute un opéra dans un microphone. La valeur relative des sons des voix et des instruments est à peu près rendue à l'oreille. C'est mieux que rien si l'on possède un

excellent appareil, mais tout le reste manque. Or, tout ce reste, quand il s'agit d'héliothérapie, a une importance énorme. L'action locale n'est qu'une partie, peut-être la plus faible, de la cure solaire. »

Si on ne peut pas y recourir, bien entendu que la première chose que nous recommandons, c'est l'emploi des rayons ultra-violets qui ont à peu près les mêmes indications, et dont l'effet, quoique inférieur à l'héliothérapie, est souvent remarquable.

Faire de l'héliothérapie, cela comprend, en dehors du soleil, la cure d'air pur, dont les malades tuberculeux ont un besoin urgent. Cependant les rayons ultra-violets ont sur l'héliothérapie certains avantages matériels, ils sont à la portée de tous les praticiens; le traitement dure de quelques semaines à un an, il permet aux malades de continuer leurs occupations, les séances étant relativement très courtes et ne les fatigant pas. Les rayons ultra-violets ont aussi une influence salutaire sur l'état général. KONIGSBERG a démontré leur action stimulante, principalement sur le métabolisme phosphocalcique, qui, dès les premières séances, se trouve considérablement augmenté, de même que le métabolisme du soufre, du chlorure de sodium et de l'azote. Il se produit aussi une oxydation intensive.

Nous avons suivi plusieurs malades irradiés dans le service de ce héros et victime de la science qu'est M. MÉNARD, radiologiste de l'Hôpital Cochin, à Paris, et avons été émerveillés par les résultats surprenants

de l'irradiation appliquée systématiquement et avec persévérance aux malades hospitalisés.

Ce que nous croyons indispensable, c'est d'utiliser des appareils qui permettent d'irradier tout le corps dans la position étendue. Le D^r VIGNARD, dont la méthode est d'ailleurs très répandue et mentionnée dans beaucoup de nos réponses, en ce qui concerne le traitement par les rayons ultra-violets, irradie le ventre et les deux membres inférieurs. CHASSIGNEUX, dans sa thèse sur le traitement de la péritonite tuberculeuse par les rayons ultra-violets, écrit : « Les irradiations ont toujours été *générales, c'est-à-dire qu'on irradiait la face antérieure (abdomen et thorax) du sujet, et son dos*. Ces irradiations n'ont jamais été effectuées de façon simultanée à l'aide de deux lampes, mais l'une après l'autre. »

En ce qui nous concerne, *nous trouvons que ces irradiations ne sont que partielles*, et que c'est une erreur de les qualifier de générales. Nous appelons irradiations totales, celles pour lesquelles on peut procéder comme pour la cure solaire, en commençant par les pieds, pour arriver, au bout de quelques jours, vraiment à l'irradiation de tout le corps, ainsi que nous l'appliquons dans l'héliothérapie sur les malades exposés entièrement nus au soleil des pieds à la tête avec seulement un cache-sexe.

Il n'est pas exact de croire que, dans la péritonite tuberculeuse, il suffise de faire des irradiations partielles, quoique elles soient appelées par les radiologues irradiations totales et constituent la méthode

généralement employée, ainsi que nous avons pu le constater nous-mêmes, et en soulevant l'idée de l'irradiation vraiment totale qu'on n'a pas appliquée jusqu'ici, nous sommes persuadés qu'on obtiendrait des résultats de beaucoup supérieurs à ceux constatés aujourd'hui. L'irradiation totale a sur l'organisme un effet tout différent, et prévient la formation d'autres tuberculoses locales ainsi que la généralisation de l'infection bacillaire.

CHASSIGNEUX, toujours dans son même travail, donne une statistique de cinq cas de forme ascitique, dont un désespéré, sur lesquels sont enregistrés : deux guérisons, deux améliorations et un échec. Si nous donnons ces exemples, c'est surtout pour démontrer que, même dans les formes ascitiques où les chirurgiens préconisent particulièrement l'intervention sanglante, d'excellents résultats peuvent être obtenus, en dehors même de l'héliothérapie.

Le D^r FOUBERT, Assistant au Service de radiologie de l'Hôpital Cochin, à Paris, nous écrit : « Les rayons ultra-violets sont *toujours* indiqués, dans *toutes* les formes cliniques, leur technique pourra varier suivant les cas et les formes, leur action sera *toujours utile*, s'ils sont bien et prudemment appliqués. »

Les rayons actiniques peuvent, en effet, en dehors de leurs résultats excellents, être assez dangereux, si on ne les dose pas avec tout le soin et la connaissance voulus. Ils produisent les mêmes phénomènes de pigmentation de la peau que les rayons solaires et ont sur ces derniers l'avantage de pouvoir être dosés à

volonté comme intensité, et de ne pas dépendre des conditions extérieures (pluie, brouillard, etc.). Ils ont une action très favorable sur la dysménorrhée et la diminution de l'ascite. Le Prof. BRULÉ ⁽¹⁾ les emploie beaucoup, faute de soleil; quant au Prof. PECHE ⁽²⁾, de Montpellier, il est d'avis de les faire suivre par une cure héliothérapique. Nous citons également l'opinion du Prof. BEZANÇON ⁽³⁾, qui nous écrit avoir vu dans son service des cas très graves considérablement améliorés par l'application des rayons ultra-violets qui, à défaut d'héliothérapie, sont le traitement de choix. Le Prof. DUVAL ⁽⁴⁾ fait une irradiation de huit minutes pendant l'intervention chirurgicale, dans la cavité péritonéale.

D'ailleurs, presque tous les chirurgiens sont d'avis, soit de faire précéder l'opération d'une cure solaire naturelle ou artificielle, soit d'irradier pendant l'intervention, soit de faire suivre cette dernière d'une cure d'hélio ou d'actinothérapie.

On se sert pour les irradiations par les rayons ultra-violets de lampes à arc électrique, de lampes à incandescence, de lampes de quartz à vapeurs de mercure, à acétylène, oxhydrique, arc à électrodes polymétalliques, etc... Nous ne nous étendrons pas davantage sur les rayons ultra-violets, car, quoique cette question ne soit pas encore entièrement résolue, elle est assez connue et nous renvoyons ceux qui

(1) Lettre n° 62.

(2) Lettre n° 96.

(3) Lettre n° 59.

(4) Thèse Chassigneux, Paris, 1925, p. 12.

voudraient de plus amples détails aux ouvrages spéciaux.

Comme conclusion à l'étude qui précède, notre avis personnel est que les rayons ultra-violetts ne doivent être appliqués que lorsque les malades, faute de temps ou de moyens, ne peuvent avoir recours à l'héliothérapie naturelle, jointe à la cure climatique, dont les effets sont incomparablement supérieurs à ceux de la lumière artificielle, qui, d'après aussi le Prof. DE QUERVAIN ⁽¹⁾, chef de la clinique chirurgicale de Berne, ne les remplace que partiellement. A défaut de l'héliothérapie, ce sont les rayons ultra-violetts qui doivent être rangés immédiatement après elle comme le traitement de choix de la péritonite tuberculeuse. Tous deux donnent des résultats remarquables.

Le Prof. BRULÉ ⁽²⁾ estime généralement que la cure solaire est supérieure à celle des rayons ultra-violetts, ainsi qu'il a pu le constater. Cependant, faute d'héliothérapie, il les emploie de préférence et à l'exclusion des rayons X, lesquels — et c'est d'ailleurs l'opinion généralement exprimée — sont encore mal connus et souvent dangereux.

(1) Lettre n° 136.

(2) Lettre n° 62.

A. — Méthode de Vignard

La méthode du D^r Paul VIGNARD, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, comprend l'application des rayons ultra-violetés par des lampes de quartz à vapeur de *mercure*, lumière peu chaude, bien supportée par les malades et très riche en rayons ultra-violetés.

Nous ne nous occuperons pas ici de décrire la technique employée jusqu'à présent, et qui est d'ailleurs très connue et pratiquée aussi bien en France qu'à l'étranger. (Voir lettres du D^r BUFNOIR, de Cannes ⁽¹⁾, du Prof. Ed. MARTIN ⁽²⁾, de Genève, etc...) Nous nous contenterons de reconnaître que les résultats obtenus par l'application de cette méthode sont des meilleurs.

Il y a des chirurgiens qui, tout en faisant la laparotomie, recourent à ce système, pendant ou après l'opération ; d'autres l'utilisent sans laparotomie, et se trouvent très satisfaits des résultats.

Pour l'exposé des modifications que le D^r P. VIGNARD ⁽³⁾ a fait subir à sa méthode, nous avons eu l'honneur d'avoir la propre collaboration de l'auteur, et nous citerons textuellement la note inédite qu'il a bien voulu nous faire parvenir à ce sujet :

« Je n'ai pas opéré depuis longtemps de péritonite tuberculeuse. J'applique soit l'héliothérapie solaire,

(1) Lettre n° 63.

(2) Lettre n° 138.

(3) Lettres nos 104 et 104 a.

soit l'héliothérapie artificielle avec lampe à vapeur de mercure de 3.000 à 6.000 bougies.

« Au début, je filtrais la plus grande partie des rayons ultra-violetés et dès lors, les séances d'abord de un quart d'heure s'allongeaient par une progression rapide jusqu'à 2 et 3 heures.

« Actuellement, j'applique le traitement à feu nu, à la distance focale de 50 cm., sur le ventre et les deux membres inférieurs.

« Les séances commencent par 2 minutes et sont augmentées tous les deux jours d'une minute, mais ne dépassent que très rarement une heure. J'ai vu cependant qui arrivaient à 1 h. $\frac{1}{2}$.

« L'action paraît plus rapide qu'avec les rayons filtrés; mais on est loin d'avoir résolu la question du mécanisme de l'efficacité des rayons ultra-violetés qui paraissent avoir en outre, sur la dysménorrhée, une action absolument remarquable. »

5) Rayons X (rayons de Roëntgen)

C'est BIRCKER qui, le premier, appliqua la radiothérapie dans la péritonite tuberculeuse, soit après la laparotomie, soit sans que l'intervention chirurgicale ait été pratiquée.

Il publie une statistique de 155 cas, dont 53 ont été laparotomisés, et 102 exclusivement traités par irradiations des rayons de Roentgen.

La statistique nous prouve que, *même l'association de la laparotomie et de la roentgenothérapie ne peut pas donner les résultats de l'héliothérapie seule.*

BIRCKER conclut que, pour les cas ayant dû subir l'intervention chirurgicale, l'irradiation est nécessaire et bienfaisante et que, pour les autres, l'application *immédiate* des rayons X donne de bons effets.

Au cours du traitement, l'ascite et la température diminuent, tandis que l'appétit augmente.

Suivant le D^r FOUBERT ⁽¹⁾, la radiothérapie conserve des indications et compte de beaux succès dans les formes sèches et à gâteaux. En France, c'est Albert WEIL qui a vulgarisé l'emploi des rayons X dans le

(1) Lettre n° 74.

traitement de la péritonite tuberculeuse et SAIDMANN qui les associe aux rayons ultra-violets.

Le D^r Lard EDLING, chef du service de radiologie à l'Université de Lund (Suède), dans son article : « Aperçu sur le traitement de la tuberculose chirurgicale par les rayons de Roentgen » (*in* « Paris-Médical », 6 février 1926, numéro consacré à la radiothérapie), soulève l'idée de combiner la radiothérapie à la photothérapie.

Il nous écrit ⁽¹⁾ : « Pour ma part, je suis persuadé qu'une laparocentèse, suivie de la radiothérapie, peut donner d'aussi bons résultats qu'une laparotomie avec radiothérapie. »

De notre part, nous trouvons l'héliothérapie bien supérieure aux rayons X, car elle obtient de meilleurs résultats, aussi bien dans les formes sèches que dans les formes à gâteaux (traitées de préférence par la radiothérapie), que dans les autres formes; de plus, elle relève l'état général, et se trouve exempte de danger, ce qui n'est pas le cas des rayons de Roentgen. Nous croyons que ces derniers ne sont pas encore mis au point. Leurs méfaits sont bien connus, et l'opinion que nous venons d'exprimer est aussi celle de la presque totalité des praticiens. Des observations nombreuses relatent des cas de méningite, de fonte pulmonaire rapide, des accidents diarrhéiques, etc.... consécutifs à l'application des rayons X.

Le D^r LÉO ⁽²⁾ nous écrit : « Les rayons X apparais-

(1) Lettre n° 135.

(2) Lettre n° 86 a.

sont comme absolument condamnables ; dans cette maladie (la péritonite tuberculeuse), comme dans bien d'autres, ils ont fait faillite. »

Le Prof. agr. DE JONG ⁽¹⁾ écrit de son côté (ce qui exprime l'opinion générale) : « Je me méfie de la radiothérapie, qui est dangereuse et que je n'emploie pas. »

Nous devons cependant mentionner l'opinion des spécialistes qui emploient la radiothérapie (réponses détaillées au chapitre Héliothérapie ou Laparotomie) et qui sont unanimes à constater des effets remarquables.

6) Méthode de Saidman

Polyradiothérapie

La polyradiothérapie consiste dans l'emploi de différents groupes de radiations et de longueur d'onde.

SAIDMANN utilise l'arc à électrodes polymétalliques et associe les rayons X et ;

les rayons ultra-violets ;

les rayons visibles ;

les rayons infra-rouges ;

les courants de haute-fréquence.

(1) Lettre n° 79.

L'application de cette méthode compte à son actif de bons résultats.

Nous publions ci-après la technique de M. SAIDMANN ⁽¹⁾, qui a bien voulu la résumer pour notre travail.

*Technique de l'application
de la Polyradiothérapie dans la péritonite tuberculeuse*

par le D^r Jean SAIDMANN.

La première séance sera purement actinothérapique. Employer de préférence l'arc polymétallique avec électrodes A. On aura ainsi des ultra-violets, du rayonnement visible et des infra-rouges.

Le malade sera assis sur un tabouret ou, s'il ne peut se tenir dans cette position, couché sur le côté. On le mettra à 20-30 cm. de l'arc, la hauteur de celui-ci étant réglée de manière à ce que le foyer soit au niveau de l'ombilic. Le dos sera irradié avec la résistance à infra-rouges qui accompagne l'arc polymétallique. On commencera à la première séance avec 6 minutes pour l'arc de 12-20 ampères, ou avec 8-10 minutes pour la lampe de 8-10 ampères.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un malade intransportable, dans une maison où le compteur ne supporte pas plus de 5 ampères, on fera une application de 12 minutes (arc à 4 ampères).

A la seconde séance, s'il ne s'est pas produit d'érythème, doubler la dose. S'il y a réaction cutanée, on

(1) Lettre n° 98 a.

fera la même dose que la première fois. Par la suite, on augmentera d'une à deux minutes par jour, sans dépasser 15 minutes pour le grand arc ou 30 pour le petit. Le malade recevra trois séances par semaine dans les 15-20 premiers jours et seulement deux dans les mois suivants. Lorsque l'amélioration sera suffisante, on pourra se contenter d'une séance par semaine.

Les rayons X seront appliqués toutes les semaines dans le premier mois de traitement, à dose de 2 unités H ou 400 R, avec rayons durs (au-dessus de 25 cm. d'étincelle équivalente) et filtrés par 5-10 mm. d'aluminium. Suspendre les rayons pendant le second mois et recommencer ensuite tous les deux mois.

Tel est le traitement d'un cas habituel de péritonite tuberculeuse; mais on se rappellera qu'en actinothérapie comme en polyradiothérapie, le médecin ne doit pas être l'esclave d'une formule unique; la pratique lui apprendra à varier la technique selon le cas traité. »

Méthodes chirurgicales et ses combinaisons avec les différentes irradiations

Méthode de Témoin

M. Daniel TÉMOIN, membre de l'Académie de Médecine, chirurgien à Bourges, dans la séance de l'Académie, le 10 octobre 1922, et, plus tard, à celle de la Société de Chirurgie, indique sa technique pour le traitement de la péritonite tuberculeuse.

Cette technique consiste dans la laparatomie de tous les cas de péritonite tuberculeuse *sans exception*. On écarte autant que possible les deux lèvres opératoires, et l'on baigne toute la cavité péritonéale dans le rayonnement solaire. Cette exposition, séreuse ouverte, dure de dix à quinze minutes.

M. TÉMOIN insiste sur deux points :

- 1) Les résultats obtenus avec cette méthode seraient supérieurs à ceux de toutes les autres méthodes, la guérison arrivant avec une surprenante rapidité.

- 2) La laparotomie, pratiquée dans les conditions

que nous venons de mentionner, serait le traitement de choix de la péritonite tuberculeuse, quelque que soit la forme de la péritonite, quelle que soit la période de son évolution. (Même en cas de lésions pulmonaires avancées concomitantes.)

Cette communication, faite en 1922, fut reprise en 1923.

MM. TÉMOIN et LE DENTU, à la séance de la Société de Chirurgie du 4 juillet 1923, en défendant cette méthode, citèrent le Prof. SERGENT, comme s'étant élevé personnellement contre l'idée de l'intervention chirurgicale.

Cette allusion renfermant une erreur, le Prof. SERGENT publie alors pour la première fois son opinion sur le traitement de la péritonite tuberculeuse et sur la méthode de M. TÉMOIN ⁽¹⁾.

D'après le conseil du Prof. Jean-Louis FAURE ⁽²⁾, et voulant savoir si l'opinion du D^r TÉMOIN n'a pas varié depuis cette époque, nous lui avons fait parvenir notre questionnaire, en lui demandant de bien vouloir nous faire connaître ses idées actuelles, ainsi que les résultats obtenus par l'application de sa méthode. L'éminent chirurgien a bien voulu nous faire l'honneur de nous répondre ⁽³⁾, et nous extrayons de ses lettres le passage suivant :

« La communication fut faite à l'Académie le 19 octobre 1922 et, à cette époque, on n'opérait à

(1) Prof^r SERGENT. *Traitement de la P. T.* « *Journal des Praticiens* », 30 avril 1924.

(2) Lettre n^o 72.

(3) Lettres nos 102 a ÷ b.

peu près pas les péritonites tuberculeuses et l'on se gardait surtout d'opérer les cas graves, les formes dites caséuses.

« Depuis cette époque, mon opinion n'a pas varié : j'opère toutes les péritonites tuberculeuses, à quelque période qu'elles soient de leur évolution, et les résultats sont des plus satisfaisants.

« Ma statistique, qui porte sur plus de 400 cas, montre qu'aucun traitement ne peut lui être comparé. opération pratiquée sous les rayons solaires. »

M. TÉMOIN a fait aussi des observations extrêmement précieuses et d'une haute importance sur le rapport qui existe entre l'état pulmonaire et péritonéal des malades. Ce sujet nous est particulièrement cher, car nous croyons que la péritonite confère l'immunité contre la tuberculose pulmonaire et, quoique M. TÉMOIN poursuive des recherches dans un autre sens que le nôtre, nous pensons que les deux chemins aboutiront au même résultat. (En ce qui concerne notre idée sur cette question, se reporter au chapitre « La péritonite tuberculeuse confère l'immunité contre la tuberculose pulmonaire ».)

Nous nous bornerons à dire ici que nous trouvons la méthode de TÉMOIN excellente dans les cas restreints où la *laparotomie est obligatoire*, parce que si on ajoute l'insolation à l'acte opératoire les résultats sont supérieurs ; mais cela ne signifie pas que l'intervention chirurgicale doive être indiquée dans tous les cas de péritonite tuberculeuse. Nous déve-

loppérons cette question en détail au chapitre « Hélio-
thérapie ou Laparotomie ? »

Méthode de Léo

La méthode du D^r G. LÉO, ex-chef de clinique à l'Hôpital Necker, chirurgien de l'Hôpital de Trouville-sur-Mer, s'adapte aux différentes formes de la maladie, et, suivant les cas, utilise soit l'héliothérapie, soit la laparotomie, soit l'association des deux.

Par principe, de tous les traitements qui existent actuellement, le D^r LÉO préconise l'héliothérapie, qu'il conseille d'appliquer dès que le diagnostic de péritonite tuberculeuse est établi, la cure solaire guérissant la majeure partie des cas. Il soulève l'idée très intéressante que l'héliothérapie agit en partie par sérothérapie ⁽¹⁾.

Léo réserve la laparotomie pour l'ablation des abcès froids enkystés, à parois très épaisses (de 1 à 3 cm. d'épaisseur ou plus), mais, pour éviter les inconvénients de l'intervention et en obtenir de bons résultats, il expose les malades à une *cure hélio-
rapique préparatoire*, qui a pour but de libérer les adhérences, mobiliser les lésions, assouplir les indurations. Après cette période de cure solaire, quand,

(1) Congrès de Venise, 1923; de Monaco-San Remo, avril 1920; (Robaudy, Cannes, 1920).

sous l'influence des irradiations, les masses pelviennes sont devenues mobiles, que leur résorption est stationnaire, que la température est tombée, enfin que l'état général est satisfaisant, le D^r LÉO opère les abcès froids de l'ovaire et de la trompe que, dans les cas avancés, l'héliothérapie seule ne peut guérir complètement; il fait au besoin l'hystérectomie et l'ablation des annexes.

Ce qui rend la méthode de LÉO vraiment profitable aux malades, c'est qu'en dehors de cette héliothérapie préparatoire et de la laparotomie, il fait suivre cette dernière d'une nouvelle cure solaire, pour achever de stériliser les lésions que le chirurgien ne peut avoir la prétention d'enlever au moyen de ses instruments, lesquels, par contre, peuvent souvent être la cause d'un réensemencement minime des bacilles, tout en étant le moyen d'ablation des masses principales. Cette héliothérapie post-opératoire tarit aussi les fistules qui peuvent résulter de l'intervention.

Le D^r LÉO, qui est lui-même un chirurgien-héliothérapeute ⁽¹⁾ distingué, et est très au courant des effets de l'héliothérapie, nous écrit, en réponse à notre enquête ⁽²⁾ : « Toutes les autres lésions, à l'exception de celle-ci (abcès froids enkystés), ont disparu sous mes yeux, sous l'action du soleil. »

Au cours de ses opérations, le D^r LÉO a découvert un fait très intéressant, et relativement fréquent :

(1) LÉO : *Héliothérapie appliquée aux blessures*, 1920.

(2) Lettres nos 86 a — b — c.

c'est la coexistence de l'Helminthiase avec ces affections ⁽¹⁾, et il a communiqué dernièrement ses observations, qui portent sur 179 cas opératoires avec examen histologique, à la Société des Chirurgiens de Paris ⁽²⁾.

Nous donnons ci-après deux de ses observations inédites. Dans ces observations, outre la péritonite tuberculeuse, on constate la coexistence d'une infection intestinale par ascaris et trichocéphales. La feuille de température que nous reproduisons également, permet de constater d'une manière impressionnante la relation qui existe entre la chute de la température et l'administration d'un vermifuge au malade.

Dans les deux cas, l'examen antomo-pathologique et bactériologique a été effectué par le D^r GUIEYSSE-PELLISSIER et la nature tuberculeuse de la maladie a été prouvée par la présence de bacilles de Koch.

OBSERVATION N° 12

Due à l'obligeance du D^r G. LÉO.

Tuberculose annexielle et pelvi péritonite tuberculeuse

Héliothérapie. Hystérectomie. Et encore Héliothérapie.

Infestation intestinale par Ascaris.

Mme B..., 21 ans.

Entrée à l'Hôpital de Trouville-sur-Mer (Calvados), le

(1) Académie de Médecine, 8 mars 1921, 30 et 31^e Congrès de Chirurgie de Paris.

(2) Séance du 19 mars 1926.

19 février 1919. Température élevée, oscillant de 39 à 40° depuis plusieurs semaines. Abdomen météorisé, dur, contracté au niveau des muscles grands droits, douloureux spontanément et à la pression, mat dans les parties déclives, sonore ailleurs, avec des irrégularités en damier. Vomissements, amaigrissement considérable, aspect de punaise, avec très gros ventre et membres atrophiés, insomnies, inappétence, diarrhées, *aménorrhée*, pronostic sombre. L'Héliothérapie est mise en œuvre du 23 février au milieu de juin, pendant quatre mois.

A cette date, le ventre est plat, souple, indolore, sonore, sauf dans la région sus-pubienne. L'examen permet de constater un utérus facile à reconnaître et des annexes volumineuses, dures et parfaitement mobiles. Celles de droite ont le volume d'un œuf d'autruche, celles de gauche celui d'une orange. Le soleil et le soleil seul, sans aucun autre traitement, a fait fondre les indurations, les adhérences et n'a laissé persister que deux masses mobiles, à limites nettes.

Hystérectomie en juin 1919, très facile et qui enlève des annexes droites caséeuses limitées par une *coque fibreuse de l'épaisseur du pouce*. Les annexes gauches présentent des lésions semblables, mais sous un volume trois fois moindre.

Suites opératoires. Réunion par première intention, mais avec une fistule médiane qui laisse suinter des sérosités.

L'Héliothérapie est de nouveau mise en œuvre, et en automne, c'est-à-dire fin septembre 1919, deux mois et demi après l'opération, la fistule est tarie, la malade a engraisé considérablement et quitte l'hôpital.

On a l'occasion de l'examiner un an après, en novembre 1920. Sa cicatrice est souple, sans aucune éventration. Son état de santé est excellent.

Deux ans après l'opération, en octobre 1921, elle rend par l'anus deux ascaris morts expulsés par le traitement de la Santonine.

Cinq mois plus tard, trois ans après le début de la mala-

die, elle rend encore deux ascaris, sous l'influence du carbonate de bismuth. Au mois de mai suivant, elle rend encore deux ascoris, dont un de 19 c/m, *ce qui prouve son ancienneté*, avec l'huile de chénopode.

Au point de vue de la nature des lésions, l'examen pratiqué par l'histologiste Dr Puieysse-Pellissier, à la date du 24 juin 1919, s'exprime ainsi : « Nombreux petits foyers de nécrose. Présence de groupes de cellules géantes. Coloration par la méthode de Ziehl. Dans une des cellules géantes nous avons eu la chance de rencontrer un bacille de Koch. Nous pouvons affirmer que nous avons affaire à une salpingite tuberculeuse. »

Il s'agit donc d'une pelvi péritonite tuberculeuse, avec annexes tuberculeuses, qui a évolué vers la guérison en sept mois, dont quatre consacrés à l'Héliothérapie avant l'opération et trois consacrés à l'Héliothérapie après l'opération. L'Héliothérapie pré-opératoire a fait fondre les adhérences et rendu l'opération possible, aussi bien localement que par la restauration de l'état général. L'Héliothérapie post-opératoire a tari une fistule, c'est-à-dire a guéri les lésions que le bistouri du chirurgien n'avait pas emportées avec la masse principale.

L'utilité de l'héliothérapie est donc de tout premier ordre.

L'utilité de l'opération est du reste tout aussi grande, car jamais les radiations solaires n'auraient pu faire résorber l'amas de pus caséeux, épais, contenu dans la calebasse fibreuse, épaisse de deux centimètres, dans laquelle il était contenu. Il y avait là un degré de consistance de tissu mal vascularisé, sur lequel les ultra-violets n'avaient plus de prise.

Comment douter que cette malade, soignée par

le soleil, avant l'organisation de lésions aussi accentuées, aurait parfaitement guéri ? Comment douter, d'autre part, que quelques semaines, quelques mois au plus, auraient suffi pour faire descendre cette malade à un degré de misère physiologique d'où le soleil lui-même n'aurait pas pu la faire sortir ? Ce cas nous prouve donc que le degré d'évolution de la maladie impose des thérapeutiques différentes : le soleil, toujours le soleil, pour commencer, et sans autre but que l'épuiser toute son efficacité dans le cas envisagé. *Si à un moment donné il y a des reliquats que le soleil ne modifie plus, il faut les enlever opératoirement.* Et, pour parachever l'ablation chirurgicale, il faut demander au soleil la cure des petites lésions qui ont pu échapper au chirurgien pendant l'acte opératoire.

OBSERVATION N° 13

Due à l'obligeance du D^r G. Léo.

Appendicite et péritonite tuberculeuse

Infestation intestinale par Trichocéphales.

Traitement opératoire, héliothérapie et vermifuge.

Le jeune H. B..., 13 ans.

Soigné depuis un an par le D^r Rigaud, de Deauville.

6 juillet 1920. Présente depuis 48 heures des vomissements verts, un ventre dur et rétréci, un pouls à 120, un faciès grippé, péritonéal, une douleur spontanée, très vive, dans les deux fosses iliaques, droite et gauche.

Opération le 6 juillet 1920.

Longue incision de Mac Burney. Aussitôt pus crémeux

d'odeur intestinale, s'évacue du péritoine, avec des fausses membranes molles et épaissies. L'appendice difficilement reconnaissable aboutit à un petit foyer, juxta-intestinal, contigu à une anse grêle.

Des granulations grises se voient sur le péritoine viscéral.

Le foyer purulent fuse derrière la paroi abdominale antérieure, jusqu'à la fausse iliaque gauche.

On pratique l'appendicectomie, sans insister trop au niveau de la pointe, caséeuse et adhérente à l'intestin grêle.

Evacuation du pus péritonéal et essuyage à l'éther de ce grand foyer.

Suture pariétale totale, sans drainage.

La pièce (appendice méconnaissable) est envoyée pour examen histologique au Dr GUEYSSE qui répond :

« La nature de la lésion n'est pas douteuse. Après avoir constaté de très nombreuses cellules géantes, de nombreuses cellules épithélioïdes et des amas de leucocytes formant de petits abcès, nous avons procédé à une coloration par la méthode de Ziehl et nous avons pu trouver quelques bacilles de Koch. Nous avons donc affaire ici, sans aucun doute, à une lésion tuberculeuse. »

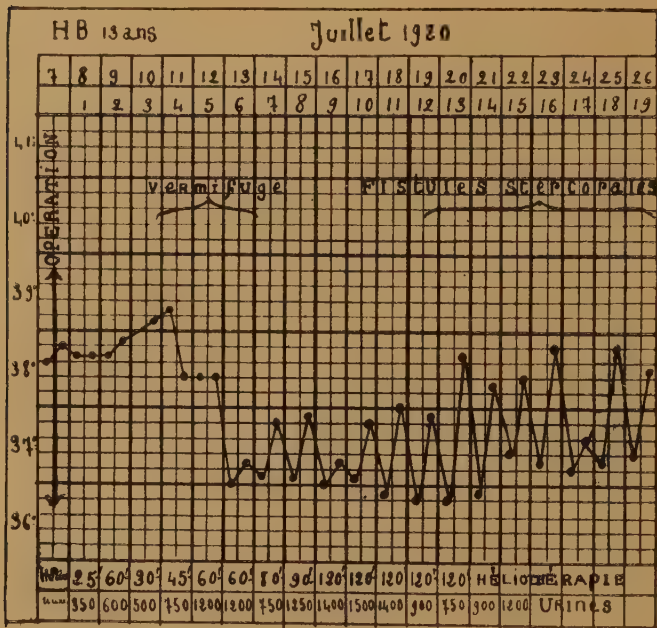
Suites opératoires. — 4 h. 1/2 de soleil réparties sur 5 jours et un vermifuge à la Santonine provoquent une chute de température complète le 6^e jour.

Il s'établit une double fistule stercorale aux deux extrémités de la suture. La température remonte le 15^e jour; traitement par Héliothérapie, pendant les mois de juillet, août et septembre, récupération parfaite de l'état général en octobre 1920, mais les fistules persistent sans modification, elles sont stercorales.

Retour du malade à Paris, le 1^{er} décembre 1920, continuation de l'Héliothérapie. Etat stationnaire de la fistule jusqu'au 10 janvier 1921. A cette date, recherche des œufs de parasites. Constatation d'œufs de trichocéphales. Emploi

immédiat de lavements avec six gouttes de benzine ordinaire du commerce.

Quatre jours après ce traitement, les fistules se tarissent et ne se sont plus jamais manifestées. La guérison se maintient en 1924, puis le malade est perdu de vue.



9) Sérothérapie et vaccinothérapie

On sait que dans cet ordre d'idées une quantité considérable de méthodes et de produits ont été proposés. Les réponses que nous avons reçues à notre enquête sont bien différentes. Les uns ont eu des résultats remarquables, d'autres reconnaissent n'avoir eu aucun résultat; la plupart n'ont pas essayé. Nous

estimons qu'à l'heure actuelle, il n'est pas possible de formuler sur cette question des conclusions précises. Elle est encore à l'étude. Nous pensons que parmi les résultats favorables obtenus, il en est beaucoup de rigoureusement observés et de sincèrement relatés. C'est ainsi que le Prof. André JOUSSET, médecin des Hôpitaux de Paris, s'occupe depuis vingt ans de ces recherches et accuse des résultats très intéressants. Il nous écrit ⁽¹⁾ : « Pour la forme ascitique pure des jeunes filles, la sérothérapie est admirable d'efficacité et de rapidité, trois ou quatre semaines tout au plus. Cela n'exclut pas l'héliothérapie, mais une fois le processus aigu terminé. Je réserve la cure solaire aux formes sèches caséifiantes ou simplement plastiques que le sérum ne saurait atteindre, ou aux formes avec ascite qui une fois le péritoine asséché par la sérothérapie révèlent un fond de lésions solides. Pour ces divers cas, l'héliothérapie est la seule ressource. »

Le Prof. G. RAPPIN, directeur de l'Institut Pasteur de Nantes, poursuit aussi des recherches de séro et vaccinothérapie depuis plusieurs dizaines d'années ⁽²⁾. Il existe encore plusieurs autres vaccins et sérums proposés par divers auteurs.

L'école homœopathique française moderne, avec le Dr VANNIER ⁽³⁾, insiste sur la nécessité de l'élimination

(1) Lettre n° 80.

(2) Prof^r RAPPIN : *La vaccination de la tuberculose. — Trente années de recherches expérimentales 1894-1924. — La Vie Médicale*, 20 juin 1924.

(3) Dr VANNIER : *Tuberculiques et Tuberculeux. — Le traitement des Tuberculiques. — « L'Homœopathie Française », n°s 1924 et 1925.*

des toxines au fur et à mesure de l'action de l'agent spécifique. Cette élimination peut varier suivant la nature si différente des sujets, qui donne aux manifestations de la tuberculose leur forme et leur allure particulière dans chaque cas. Cette école préconise l'emploi d'un *médicament de « drainage »* avant et pendant l'emploi du sérum ou du vaccin.

A) *Extraits méthyliques de bacilles tuberculeux.*

On commence à utiliser dans toutes les localisations de la tuberculose un extrait méthylique de bacille de Koch préalablement dégraissé par l'acétone et qui, jouant le rôle d'un antigène, favorise une formation abondante d'anticorps. Des expériences ont été faites à l'Institut Pasteur de Paris, au laboratoire du Prof. CALMETTE, par MM. L. Nègre et A. Boquet ⁽¹⁾.

M. GUINARD ⁽²⁾ a exposé les effets de ce traitement dans la tuberculose pulmonaire, où il ne déterminerait aucune réaction, le poids augmente, asthénie et inappétance cesse.

On a essayé cette thérapeutique dans la péritonite tuberculeuse aussi.

Nous donnons ci-dessous la technique des injections que M. Nègre ⁽³⁾ nous a transmise.

(1) *Presse Médicale*, 30 octobre 1925 et 24 mars 1926.

(2) *Presse Médicale*, 6 juillet 1925.

(3) Lettre n° 93.

Technique des injections d'extrait méthylique d'antigène tuberculeux dans les essais de traitement de la tuberculose

L'extrait méthylique d'antigène tuberculeux s'emploie en injections sous-cutanées ou intra-musculaires aux doses suivantes :

Solution au 1/10^e :

$\frac{1}{4}$ cent. cube, $\frac{1}{2}$ cc., $\frac{3}{4}$ cc., 1 cc.

Solution pure :

$\frac{1}{4}$ cc., $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1 cc.

Chaque dose doit être répétée 3 ou 4 fois avant de passer à la dose supérieure.

Ne jamais dépasser 1 cc.

Les injections sont faites une ou deux fois par semaine et peuvent être même rapprochées davantage quand elles sont bien tolérées.

Lorsqu'il se produit des réactions thermiques importantes, en diminuer la dose injectée pour l'augmenter ensuite progressivement si le malade cesse de réagir.

Deux observations sur les résultats de cette médication essayée dans la péritonite tuberculeuse par les Doct. GAIFFE, de Tonnay-Charente, et de THÉAS, de Saint-Palais-sur-Mer (Charente-Inférieure), ont été publiées dans la *Presse Médicale* ⁽¹⁾.

Les observation et expérience en cas de péritonite

(1) Article Nègre et Boquet, 24 mars 1926,

bacillaire sont encore trop peu nombreuses et trop récentes pour qu'on puisse en tirer actuellement des conclusions définitives.

Pour être complet, nous mentionnerons encore d'autres méthodes plus ou moins préconisées :

10) *Les bains de lumière électrique.*

Ces bains se donnent en caisse fermée et ressemblent un peu aux bains de lumière et de chaleur.

Ils produisent aussi l'érythème et la pigmentation; mais quoique leurs effets soient assez favorables, ils ne peuvent être comparés à ceux de l'héliothérapie ou des rayons ultra-violets.

11) *La diathermie*, avec ses résultats assez modestes.

12) *Radiumthérapie*, peu employée dans le traitement de la péritonite tuberculeuse et au sujet de laquelle le Prof. FRUGONI ⁽¹⁾, de Florence, nous écrit qu'il a fait de longues expériences avec les Prof. ANCONA et PALUMBO, sans obtenir de résultats utiles.

13) Parmi les *méthodes chirurgicales*, nous citerons avant tout :

a) *La paracentèse*, mais l'évacuation du liquide ascitique ne donne pas un résultat durable. L'épanchement se reproduit ;

b) *les injections modificatrices*;

c) *injection d'air dans la cavité péritonéale* (POTAIN) ;

d) *pneumo-séreuse de Mathieu* ;

e) *drainage continu*.

(1) Lettre n° 134.

Après avoir exposé les différents traitements de la péritonite tuberculeuse, nous discuterons maintenant les deux méthodes qui donnent les meilleurs résultats : l'héliothérapie et la laparotomie.

VIII. — Héliothérapie ou laparatomie ?

Les opinions qui nous sont parvenues au sujet des différentes méthodes que nous venons d'exposer sont tellement diverses et contradictoires, qu'on peut presque dire : « *Plus d'opinions que de praticiens !* »

Le médecin qui voudrait consciencieusement choisir pour son malade le traitement le plus efficace, en consultant l'opinion des plus hautes sommités de l'Art médical, se trouverait dans un étrange embarras. Par exemple, certaines réponses nous disent « qu'on ne fait pas assez souvent la laparotomie et qu'aucun traitement ne peut lui être comparé pour l'excellence des résultats » ; d'autres, au contraire, nous apprennent que : « Personne n'en parle plus, et que les résultats sont déplorables. » Certains chirurgiens nous parlent : « des graves méfaits de l'intervention dans certaines formes, intervention qu'ils ne pratiquent pas, la considérant comme extrêmement dangereuse », opinion plusieurs fois soulignée ; tandis que d'autres préconisent « la laparotomie dans tous les cas, toutes les formes et à toutes les périodes de la maladie, sans exception ». Les rayons X font l'objet

des mêmes contradictions : certaines réponses nous en font connaître « les résultats merveilleux » et nous disent « que le traitement de choix de la péritonite et de la tuberculose en général, est la roetgenthérapie », tandis que d'autres déclarent catégoriquement que « la radiothérapie est pleine de danger, qu'elle a fait faillite et doit être condamnée définitivement ». Ou encore on nous écrit d'une part : « que la sérothérapie est admirable d'efficacité et de rapidité »; mais de l'autre, en réponse à notre question à propos des résultats de cette méthode, on nous dit « qu'après de nombreuses expérimentations, aucun sérum, aucun vaccin n'a jamais donné de résultat ».

Nous n'avons cité maintenant que quelques-unes des contradictions les plus frappantes, et l'on trouvera dans les réponses à notre enquête l'état actuel de l'opinion dans le monde scientifique français et étranger sur cette question.

De ces nombreux procédés thérapeutiques exposés ci-dessus, deux surtout restent en présence : la laparotomie d'une part, d'autre part l'héliothérapie, suppléée ou complétée par les rayons ultra-violets. La première méthode est la plus ancienne, et l'on peut dire que jusqu'à ces dernières années la chirurgie était sans égale. De nos jours encore, surtout en France, plusieurs auteurs désignent la laparotomie comme le traitement de choix de la péritonite tuberculeuse. Toutefois, les résultats progressivement connus de l'héliothérapie ont permis de se demander

si la chirurgie ne perdrait pas peu à peu ses droits, comme cela se voyait déjà dans le domaine de la tuberculose osseuse. C'est alors que la discussion toujours ouverte a en quelque sorte rebondi à la suite de la communication faite en 1922 à l'Académie de Médecine ⁽¹⁾ par le D^r TÉMOIN, de Bourges, exposant sa méthode originale, et à la séance du 4 juillet 1923 de la Société de Chirurgie. Elle a été développée dans les archives de SERGENT ⁽²⁾; de BUFNOIR, de Cannes ⁽³⁾; de CORDIER ⁽⁴⁾, de PIC, SAUVÉ ⁽⁵⁾, de ACHARD ⁽⁶⁾, etc...

Depuis, un silence relatif s'est fait sur cette question, quoiqu'elle soit de la plus haute importance et encore bien loin d'être résolue, comme le prouvent les contradictions frappantes que l'on peut relever dans les réponses aux questions N^{os} 6, 7 et 8 de notre enquête.

6. *Croyez-vous que, dans la péritonite tuberculeuse, la laparotomie soit nécessaire ; si oui, dans quels cas, ou trouvez-vous que l'on exagère la fréquence de cette intervention ?*

7. *Etes-vous d'avis de faire subir au malade des irradiations solaires ou par rayons ultra-violets, avant, pendant ou après la laparotomie ; ou pensez-*

(1) 10 octobre 1922.

(2) *Journal des Praticiens*, 30 avril 1924.

(3) *Le Journal Médical Français*, juillet 1923.

(4) *Lyon Médical* 1924, tome I, p. 508.

(5) *Le Journal Médical Français*, juillet 1923 : *Que penser à l'heure actuelle des péritonites tuberculeuses et de leur traitement*

(6) *Journal des Praticiens* 1924, p. 289 et 417.

vous que l'héliothérapie puisse remplacer entièrement l'intervention chirurgicale ?

8. *Etes-vous partisan du traitement de la péritonite tuberculeuse par l'héliothérapie ? les rayons ultra-violets ? les rayons X ? la sérothérapie ?*

Nous donnons ci-après, *in-extenso* et classée par ordre alphabétique, une grande partie des lettres venant de France et se rapportant aux questions précédentes; les réponses de l'Etranger se trouveront après la discussion : Héliothérapie ou Laparotomie ?

1) Extraits des réponses françaises

Prof. agrégé ALGRAVE, *Chirurgien des Hôpitaux de Paris* ⁽¹⁾ :

« Dans les formes de péritonite avec ascite, la laparotomie, « *discrètement faite* », avec évacuation d'une grande partie de l'ascite, m'a souvent donné de très bons résultats et même des guérisons durables. J'en compte une de douze ans, laps de temps après lequel j'ai cependant dû enlever l'utérus et les annexes, points de départ de la maladie. Ce second temps opératoire date de deux ans, et la malade paraît actuellement définitivement guérie, et avoir un excellent état général. L'héliothérapie prolongée m'a paru donner de bons résultats. »

(1) Lettre n° 55. .

D^r AMEUILLE ⁽¹⁾, *Médecin des Hôpitaux de Paris* :

« Je n'ai jamais fait laparotomiser de péritonite tuberculeuse. Il m'a semblé qu'en matière de tuberculose péritonéale, l'héliothérapie donne d'assez bons résultats. »

D^r P. ARMAND-DELILLE ⁽²⁾, *Médecin des Hôpitaux de Paris* :

« La laparotomie est presque toujours, pour ne pas dire toujours, inutile. Il faut faire une paracenthèse, s'il y a beaucoup de liquide, mais l'héliothérapie guérit tout à elle seule, et mieux que tout autre traitement.

« L'héliothérapie est le seul traitement à faire ; si l'on a déjà pratiqué la laparotomie, il faut, en plus, faire l'héliothérapie.

L'héliothérapie est le seul traitement efficace, car il est complété par la cure d'air. A défaut d'héliothérapie, les rayons ultra-violets peuvent être utilisés et amener la guérison. »

Prof. LÉON BERARD ⁽³⁾, *Clinique Chirurgicale, Lyon* :

« Il faut opérer dans les formes ascitiques, et surtout chez la femme, à début annexiels, sans fièvre ni lésions pleuro-pulmonaire en évolution.

(1) Lettre n° 56.

(2) — 57.

(3) Lettre n° 58.

« Il faut remplacer l'intervention chirurgicale par l'héliothérapie, quand l'opération est contre-indiquée, chez des malades non fébricitants.

« Partisan des rayons ultra-violets plutôt que de la radiothérapie. »

Prof. FERNAND BEZANÇON ⁽¹⁾, *Clinique médicale de la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine :*

« Je crois comme vous qu'il ne faut pas recourir le plus souvent à l'intervention chirurgicale, et j'ai eu dans mon service un cas très grave qui a été très amélioré par les rayons ultra-violets, lesquels, à défaut de l'héliothérapie, sont le traitement de choix. »

D^r BIANCANI (H.) ⁽²⁾, *Rédacteur de la « Revue d'Actinologie », Paris :*

« Je me suis surtout intéressé, ces dernières années, à l'action thérapeutique des radiations sur la péritonite tuberculeuse. Je me fais un plaisir de vous communiquer mes résultats obtenus sur cette question.

« J'ai traité des formes ascitiques et des formes fibro-caséuses. Dans les formes ascitiques, l'actinothérapie m'a toujours donné d'excellents résultats, et ceci indépendamment de l'âge du sujet et de son état général. Dans mes observations, j'ai noté dès les pre-

(1) Lettre n° 59.

(2) — 64.

mières séances, une diminution de poids, l'augmentation de la diurèse, la reprise de l'appétit, la chute de température, la suppression des douleurs, la régularité des selles, l'absence de météorisme.

L'ascite se résorbe rapidement et, vers la huitième, dixième séance, la courbe du poids commence son ascension régulière. Une de nos malades, à la vingt-cinquième séance d'irradiation, avait gagné 3 k. 200.

« On peut objecter que ces formes ascitiques peuvent guérir spontanément, mais chez la plupart de mes malades, le traitement a été appliqué alors que la maladie suivait *un cours défavorable*. Chez certains même, l'état général était très altéré. L'atténuation très rapide des signes physiques, fonctionnels et généraux dès la première séance, nous permet d'affirmer l'efficacité du traitement.

« Dans les formes fibro-caséuses, les résultats n'ont pas toujours été aussi favorables. Dans la péritonite avec nombreuses adhérences intestinales et atonie colique, j'ai noté une plus grande facilité de l'évacuation intestinale, une diminution et, parfois, une disparition des coliques douloureuses, mais jamais une véritable guérison. Dans les formes localisées avec adhérences, plastrons, tuméfactions, j'ai obtenu également de bons résultats.

« Comme technique, j'emploie actuellement la lampe à arc, à charbons métallisés, et je recherche volontiers un fort érythème, toutes les fois que l'état général ne les contre-indique pas. »

Prof. BRINDEAU, *Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine de Paris* ⁽¹⁾ :

« J'ai opéré plusieurs péritonites tuberculeuses avec succès (formes ascitiques, j'ai opéré également avec succès (formes ascitiques), j'ai opéré également deux autres sont mortes de cachexie. »

Prof. agrégé BRULÉ ⁽²⁾, *Médecin des Hôpitaux de Paris* :

« J'emploie beaucoup les rayons ultra-violets (faute de soleil), jamais la radiothérapie. L'héliothérapie, quand on peut la faire, est dans certains cas supérieure aux rayons ultra-violets. Je viens d'en avoir un exemple. »

D^r BUFNOIR ⁽³⁾, *Chirurgien, Cannes* :

« La laparotomie n'est pas toujours nécessaire pour la guérison de péritonites bacillaires. Tout dépend de la forme et de l'évolution. J'ai un assez bon nombre de cas guéris sans intervention.

« Si l'on n'a pas la main forcée, il faut : commencer par la cure solaire, laparotomiser et exposer le ventre ouvert au soleil, selon la méthode de Témoin, lorsqu'on ne peut faire autrement ; faire suivre la laparotomie de la cure solaire.

« La péritonite tuberculeuse guérit, dans la plu-

(1) Lettre n° 60.

(2) — 62.

(3) — 63.

part des cas, par l'héliothérapie. Les rayons ultraviolets semblent avoir, dans certains cas, de bons résultats. Mais, d'après l'avis de M. PECH, de Montpellier, il faut les faire suivre d'une cure d'héliothérapie. J'ignore l'action des rayons X. J'ai fait plusieurs essais de vaccinothérapie ou de sérothérapie dans divers cas de tuberculose chirurgicale (pas spécialement dans les péritonites), aucun sérum, aucun vaccin ne m'a donné de résultat appréciable. »

Prof. A. CADE ⁽¹⁾, *Faculté de Médecine de Lyon, Médecin de l'Hôtel-Dieu :*

« La laparotomie est nécessaire dans certains cas.

« Je commence, en général, par l'héliothérapie, son échec me conduit à conseiller la laparotomie, dans les formes ascitiques avec reprise ultérieure d'héliothérapie.

« Je conseille volontiers les rayons ultra-violets. »

D^r H. CARA ⁽²⁾, *Médecin-Directeur du Préventorium du Glandier, par Pompadour (Corrèze) :*

« La laparotomie est, à mon avis, généralement inutile, sauf des cas spéciaux. Il y a lieu de pratiquer l'insufflation d'azote ou d'air d'après la ponction évacuatrice. On est revenu, avec raison, à la pratique de Potain. Je pense donc qu'on exagère la fréquence de

(1) Lettre n^o 65.

(2) — 66.

l'indication de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

« Je suis absolument partisan de l'héliothérapie et des rayons ultra-violet, avec la cure de repos (cure hygiéno-diététique), qui reste la base et le meilleur traitement dans toutes les formes de la tuberculose. L'héliothérapie et les rayons ultra-violet sont des agents thérapeutiques merveilleux. Quant à la radiothérapie, elle est, à mon avis, très inférieure aux rayons ultra-violet, je n'en suis pas partisan.

« Je comprends ainsi le traitement de la péritonite tuberculeuse par les agents physiques précités :

« a) période d'activité : repos et rayons ultra-violet ;

« b) période de régression (convalescence et latence), cure hygiéno-diététique et héliothérapie. »

D^r G. GAUSSADE ⁽¹⁾, *Médecin de l'Hôtel-Dieu, Paris :*

« Cette question comporte un travail très sérieux, qui exigerait un temps de deux à trois ans, et des observations suivies minutieusement, car il faudrait juger des résultats " dans le temps ", mais on peut répondre dès aujourd'hui qu'il y a très certainement des cas de péritonite tuberculeuse qui bénéficient de la laparotomie, à la condition d'opérer comme le fait et le conseille M. Témoin, de Bourges : laparotomie avec héliothérapie.

(1) Lettre n° 68.

« Dire que l'on exagère, c'est possible, mais, en général, dans nos hôpitaux parisiens, l'extrême prudence est de mise. Le bistouri n'est pas l'ami des lésions tuberculeuses quelles qu'elles soient.

« Comme je l'ai dit plus haut, je suis partisan de la conduite de M. Témoin, de Bourges, et je formulerai mon avis : pas de laparotomie sans irradiations solaires, ni sans rayons ultra-violet. Ceux-ci sont le traitement de choix et, employés judicieusement, ils peuvent agir seuls, sans laparotomie, surtout chez l'enfant.

« L'héliothérapie et les rayons ultra-violet sont de merveilleux agents de thérapeutique. Les rayons ultra-violet sont à employer à défaut d'héliothérapie. C'est la première thérapeutique à faire. Nombre d'améliorations, et peut-être de guérisons, doivent être mises sur leur compte, avec, toutefois, une forte restriction, car la tuberculose pleuro-péritonéale évolue souvent *spontanément* vers la guérison *locale*.

« Quant aux rayons X, je ne puis me prononcer, je n'en ai pas la pratique.

« La sérothérapie ??????????? »

Prof. BERNARD CUNEO ⁽¹⁾, *Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière :*

« J'ai constaté dans plusieurs cas, l'efficacité évidente des rayons ultra-violet dans la péritonite bacil-

(1) Lettre n° 67.

laire de l'adulte (sous toutes ses formes). J'ai eu, notamment, un cas de fistules persistantes après laparotomie, qui ont été tarées par les rayons ultraviolets.

« Je crois qu'on abuse de la laparotomie exploratrice, mais je pense que l'intervention peut être utile lorsqu'elle supprime le point de départ de la bacilliose péritonéale, par exemple : hystérectomie pour annexite bacillaire, colectomie pour tuberculose iléo-cœcale. »

D^r LOUIS DELHERM ⁽¹⁾, *Paris, Electro-radiologiste de l'Hôpital de la Pitié :*

« Je puis vous dire que chez les adultes j'ai employé, en particulier à l'Hôpital, les rayons ultraviolets avec des succès très encourageants toutes les fois que l'état général n'était pas mauvais et que les lésions pulmonaires n'étaient pas graves. J'ai publié le fait dans le *Bulletin de la Société Française d'Electrothérapie* en 1925.

« D'une manière générale, la radiothérapie ne m'a pas donné de résultats très satisfaisants. »

D^r X. DELORE ⁽²⁾, *Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Lyon :*

« Au point de vue traitement, je vous avoue ne pas avoir d'opinion radicale. Je suis assez partisan de

(1) Lettre n° 69.

(2) — 70.

la laparotomie dans les ascites tuberculeuses et même dans les abcès froids du péritoine, mais cette opération doit être prudente et avoir rarement pour but l'exérèse des organes malades. Je mets à part la tuberculose génitale de la femme, la tuberculose *mobile* du grêle ou du gros intestin qui relèvent, à mon avis, uniquement de la chirurgie.

« Il faut conseiller l'héliothérapie avant et après l'opération. J'ai connu des malades qui ont guéri très rapidement par l'héliothérapie, sans aucune opération.

« L'association des deux méthodes me semble cependant l'idéal et ne ménage pas ces surprises désagréables que donne parfois la simple héliothérapie, je veux parler des erreurs de diagnostic.

« J'ai une connaissance insuffisante de l'action des rayons ultra-violet et de la sérothérapie. Quant aux rayons X, ils ne valent pas le soleil du Midi. »

D^r DUMAREST ⁽¹⁾, *Médecin-Directeur du Sanatorium d'Hauteville :*

« Je suis convaincu que le diagnostic précoce de la tuberculose intestinale et son traitement chirurgical sont appelés à prendre, dans la pratique phthisiologique, une place que l'on ne soupçonne pas actuellement.

« La seule donnée positive que je puisse apporter

(1) Lettre n° 71.

à votre questionnaire est relative à l'inutilité de la laparotomie dans les formes diffuses et de la péritonite, et à son utilité dans les formes appendiculaires au début, lorsque les lésions sont encore peu étendues et peuvent être réséquées. »

Prof. JEAN-LOUIS FAURE ⁽¹⁾, *Clinique chirurgicale de la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine* :

« Je crois à l'héliothérapie, j'espère fort des rayons ultra-violets. Je crois que l'intervention chirurgicale est une bonne chose, j'en ai eu de bons résultats. Je trouve qu'on n'en fait pas assez. La laparotomie en elle-même n'est rien. »

« Demandez à TÉMOIN, de Bourges, qui en a fait beaucoup et est enthousiasmé de la laparotomie suivie de l'exposition directe des lésions au soleil. Son avis est capital et le mien n'est rien auprès de lui.

D^r FOUBERT ⁽²⁾, *Assistant au Service de Radiologie de l'Hôpital Cochin, Paris* :

« Je ne vous donnerai qu'un avis de physiothérapeute, aussi impartial que possible.

« Je crois à la physiothérapie dans la péritonite tuberculeuse, et je crois que c'est d'elle qu'il faut attendre les meilleurs résultats. Les rayons ultra-violets sont *toujours* indiqués dans toutes les formes

(1) Lettre n° 72.

(2) — 74.

cliniques, leur technique pourra varier suivant les cas et les formes, leur action sera *toujours utile*, s'ils sont bien et prudemment appliqués.

« Je crois que, même dans un pays où l'on peut utiliser le soleil, l'action des ultra-violets solaires s'efface devant la cure *climatérique* sans être plus efficaces, au contraire, qu'une exposition courte à une source artificielle de rayons ultra-violets.

« Les indications de la laparotomie sont, je crois, plus restreintes que ne le disent les auteurs, mais si la laparotomie est effectuée elle doit toujours être très large et accompagnée d'une irradiation du péritoine par rayons ultra-violets artificiels.

« La radiothérapie conserve des indications. Elle compte de beaux succès et fait très bien dans les formes sèches à gâteaux.

« L'association des rayons X avec rayons ultra-violets peut être employée sans qu'il soit besoin d'employer le mot trop répandu de *polyradiothérapie*, qui n'est qu'un mot plus ou *moins* heureux, et qui, du point de vue purement physique, fait état, d'après l'auteur qui l'a « lancé », de phénomènes de résonnance inexistants. Chaque agent physique agit indépendamment pour son propre compte et suivant des lois connues.

« *Comme conclusions* : La physiothérapie de la péritonite tuberculeuse *s'impose toujours*. Les modalités du traitement doivent s'inspirer des formes cliniques et des possibilités sociales. »

D^r PAUL-CLAUDE GOULLIoud ⁽¹⁾, *Chirurgien des Hôpitaux de Lyon :*

« Je fais volontiers la laparotomie dans la forme ascitique, après chute de la température, parce que j'estime que c'est là une méthode excellente, au résultat sûr et avançant considérablement la guérison. Après une période de repos et de suralimentation, à la campagne, on voit l'état général se transformer très rapidement.

« J'attache moins d'importance à l'héliothérapie qu'au repos, à la bonne alimentation, au grand air. Mais c'est un complément de traitement dont je ne nie pas l'excellence quand elle peut être bien surveillée.

« Dans les formes fibro-caséuses, j'évite l'opération ou la limite, évitant de rompre les adhérences intestinales. Dans ces cas, l'héliothérapie me paraît particulièrement indiquée, puisque l'on est privé des ressources chirurgicales. »

Prof. HARTMANN ⁽¹⁾, *Membre de l'Académie de Médecine, Clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Paris :*

« La laparotomie peut être nécessaire, surtout dans la forme ascitique; je suis partisan du traitement de la péritonite tuberculeuse par l'héliothérapie. »

(1) Lettre n° 75.

(2) Lettre n° 76.

Hôpital maritime annexe de Berck-Plage. FOREST ⁽¹⁾, *Interne des Hôpitaux :*

« Tous les cas de péritonite tuberculeuse sont soignés par l'héliothérapie, sauf complications (surtout par obstruction intestinale) qui motive la laparotomie. »

D^r JAUBERT ⁽²⁾, *Institut Hélio-Marin, Hyères-Plage :*

« Je crois que les indications opératoires sont très rares et se limitent à certains cas d'ascite à répétition et résistant à tous les traitements. En ce qui me concerne, je n'ai jamais fait opérer que dans deux cas qui se trouvèrent être des kystes de l'ovaire.

« Je crois que l'héliothérapie est, à ce jour, le traitement de choix de la péritonite tuberculeuse. L'action des ultra-violets ne me paraît pas reposer jusqu'à ce jour sur des bases assez sérieuses pour être admise sans contestation. »

Prof. agr. JENNENEY ⁽³⁾, *Chirurgien des Hôpitaux, Bordeaux :*

« Très souvent j'ai vu des tuberculoses péritonéales à point de départ génital chez la femme, indépendamment de toute lésion pleurale clinique, et guérison par traitement exclusivement abdominal.

(1) Lettre n^o 73.

(2) — 77.

(3) — 78.

« Dans les cas où la loi de Godelier n'est pas exacte et où les lésions primitives sont péritonéales, je suis convaincu que la laparatomie peut rendre de très grands services, mais je suis d'avis de la faire suivre et parfois précéder d'une cure solaire, le traitement chirurgical. »

« Quant à la radiothérapie et aux rayons ultra-violet, je n'ai pas assez d'expérience de ces cas pour pouvoir me prononcer à ce sujet. »

Prof. agr. DE JONG ⁽¹⁾, *Médecin des Hôpitaux, Paris :*

« Jusqu'à présent, je ne suis pas partisan de la laparatomie, réserve faite pour les pelvi-péritonites tuberculeuses avec salpingite, où je connais de bons résultats à longue échéance. Je crois au traitement par l'héliothérapie et les rayons ultra-violet, je me méfie de la radiothérapie que je n'emploie pas. »

Prof. ANDRÉ JOUSSET ⁽²⁾, *Médecin des Hôpitaux de Paris :*

« Je ne crois nullement à la nécessité de la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse, et je crois à la possibilité de ses méfaits. Les formes curables par l'intervention le sont par une foule de moyens, et pour la forme ascitique pure des jeunes filles, la séro-

(1) Lettre n° 79.

(2) — .80.

thérapie est admirable d'efficacité et de rapidité (trois ou quatre semaines tout au plus).

« Cela n'exclut pas l'héliothérapie, mais une fois le processus aigu terminé. L'héliothérapie trop précoce est, à mon avis, scabreuse. Personnellement, je la réserve aux formes sèches caseifiantes ou simplement plastiques que le sérum ne saurait atteindre ou aux formes avec ascite qui, une fois le péritoine asséché par la sérothérapie, révèlent un fond de lésions solides. Pour ces divers cas, l'héliothérapie est la seule ressource. »

Prof. MARCEL LABBÉ ⁽¹⁾, *Membre de l'Académie de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris :*

« Je ne vois pas de cas où l'intervention chirurgicale soit nécessaire contre la péritonite tuberculeuse; j'ai vu soumettre autrefois des malades à cette opération, et cela fut toujours déplorable. Personne n'en parle plus aujourd'hui. L'héliothérapie rend de grands services dans la thérapeutique de la péritonite tuberculeuse. J'ai vu sur la côte méditerranéenne, à Nice, pendant la guerre, des malades guéris par ce procédé, j'ai vu des formes fébriles s'améliorer considérablement, peut-être guéries à la longue. A Paris, nous obtenons avec des rayons ultra-violets de très bons résultats. »

(1) Lettre n° 82.

D^r A. LAQUERRIERE ⁽¹⁾, *Paris, Electroradiologiste de l'Hôpital Hérold :*

« Commencer par héliothérapie avec séjour au grand air, dans de bonnes conditions d'hygiène générale (ou, si c'est impossible, par les ultra-violets, mais toujours avec repos, bonnes prescriptions alimentaires et hygiéniques).

« Recourir à la laparotomie en cas d'insuccès et reprendre ensuite l'héliothérapie.

« Je n'ai aucune expérience de la sérothérapie.

« Les rayons X sont un bon adjuvant local à la cure générale par les ultra-violets.

Prof. LECENE ⁽²⁾, *Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux de Paris :*

Nous renvoie à son travail paru chez Masson 1926 (Traité de Thérapeutique Chirurgicale), dont nous résumons un extrait se rapportant à la question ⁽³⁾ :

« Enhardis par d'assez nombreux succès (de laparotomie), les chirurgiens s'attaquèrent ensuite un peu au hasard à toutes les formes de tuberculose péritonéale. Il y eut alors de nombreux mécomptes et des accidents graves, en particulier des fistules stercorales rebelles et parfois mortelles.

« Si l'on veut réellement rendre service au malade l'héliothérapie, en effet, a donné dans un certain

(1) Lettre n° 81.

(2) — 83.

(3) LECENE et LERICHE : *Thérapeutique chirurgicale*, p. 41.

nombre de péritonites tuberculeuses, des résultats remarquables qui soutiennent la comparaison avec ceux obtenus par la chirurgie, procédé thérapeutique plus simple et qui n'expose pas aux inconvénients de l'opération sanglante. Il importe de discuter les inconvénients de ces deux modes de traitement. Je crois qu'il faut réserver au traitement chirurgical les cas de péritonite tuberculeuse à grand épanchement... Il est probable que les bons résultats (de la laparotomie) sont dus à ce qu'il s'agit là de formes bénignes qui guérissent souvent, comme on le sait, par une simple ponction évacuatrice, et même spontanément. Mais la simplicité, la béginité de l'incision péritonéale, et aussi sa plus grande sécurité, font que pour ma part, je préfère, dans ces cas favorables, recourir au traitement vraiment chirurgical à ciel ouvert, plutôt qu'aux ponctions plus ou moins aveugles et, de ce fait, non sans danger.

« Au contraire, dans la forme pleuro-péritonéale, l'opération me paraît presque toujours contre-indiquée...

« Il en est de même dans les formes dites ulcéro-caséuses....

« Dans les complications le traitement chirurgical peut être indiqué, ces complications sont avant tout l'occlusion intestinale subaiguë et ensuite les fistules stercorales....

Depuis que le traitement de la péritonite tuberculeuse par l'héliothérapie a été employé, on a publié des faits intéressants de guérisons par ce procédé

(ARMAND-DELILLE, HARTMANN); pour ma part, je pense qu'il y a de nombreuses indications dans tous les cas où il ne s'agit pas de la péritonite tuberculeuse chronique à forme ascitique; la seule qui soit vraiment chirurgicale, dans ces cas en effet, l'incision abdominale vient aider puissamment les processus naturels de guérison, et elle a l'avantage d'abrégé la durée du traitement. »

Prof. LE DENTU ⁽¹⁾ (Jean), *Membre de l'Académie de Médecine, Paris :*

« Je ne suis vraiment pas assez au courant de la question de l'Héliothérapie pour répondre avec compétence à votre questionnaire.

« Veuillez donc m'excuser si je n'exprime aucune opinion sur cette question de thérapeutique de la péritonite tuberculeuse. Je pense que vous connaissez la communication de mon collègue TÉMOIN à la Société de Chirurgie, en 1923. »

Prof. RENÉ LE FORT ⁽²⁾, *Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux, Lille :*

« La laparotomie est surtout utile dans la forme ascitique. Dans les formes où il y a des adhérences nombreuses de l'épiploon à l'intestin et à la paroi, formes d'ailleurs communes; je suis très opposé aux manœuvres de libération que je considère comme

(1) Lettre n° 114.

(2) Lettre n° 84.

graves, en raison de la friabilité des viscères, on déchire, on fait saigner, on laisse le sang dans le ventre après une hématorse forcément incomplète, et cela est *très* mauvais. L'héliothérapie, sans aucun doute, est excellente. La radiothérapie et les rayons ultra-violet, en pratique pourtant fort étendus, ne m'ont pas permis des conclusions formelles. Les rayons ultra-violet sont parfois excellents, parfois *dangereux*. L'inconvénient des méthodes à ventre fermé, c'est qu'on ensoleille, qu'on irradie, etc... des kystes de l'ovaire, des affections non bacillaires, etc... Je connais de nombreux exemples, dont trois vus récemment (deux kystes et une péritonite appendiculaire à marche lente). »

Prof. LEGUEUX ⁽¹⁾, *Clinique de la Faculté de Médecine de Paris* :

« On exagère peut-être la fréquence de la laparotomie, mais il est certain qu'elle m'a donné des résultats extraordinaires et dans des cas indiscutables. • Aujourd'hui, avec les irradiations et l'actinothérapie, il y a peut-être des raisons de diminuer la portée de la laparotomie.

C'est vous dire qu'aujourd'hui, avant d'opérer une péritonite tuberculeuse, j'utiliserai l'héliothérapie, les rayons ultra-violet et, accessoirement, la radiothérapie. »

(1) Lettre n° 85.

D^r G. LEO, ⁽¹⁾, *ex-Chef de Clinique Chirurgicale à l'Hôpital Necker, Paris, Chirurgien de l'Hôpital de Trouville-sur-Mer :*

« Je pense formellement que, dans la péritonite tuberculeuse, la laparotomie est nécessaire pour enlever les abcès froids, enkystés, à parois très épaisses (1 à 2 cm. d'épaisseur et plus), devenus mobiles un peu, beaucoup ou tout à fait grâce à un traitement de plusieurs semaines par l'héliothérapie. Toutes les autres lésions, à l'exception de celles-ci, ont disparu sous mes yeux, sous l'influence du soleil. Mais cette lésion-là résiste au soleil et cela se comprend. L'épaisseur de la coque de l'abcès est formidable et le pus qu'elle renferme est irrésorbable.

« Ce principe conduit dans la pratique à opérer des abcès froids de l'ovaire et de la trompe, dans les cas avancés, que le soleil seul le plus intense et le mieux manié ne guérira jamais complètement.

« Dans tous les autres cas, péritonite enkystée de la grande cavité péritonéale ou du pelvis, suppuré ou non, le soleil seul guérit et il exclut la laparotomie. Je crois cette notion encore peu répandue, connue seulement des milieux héliothérapiques et utile à faire pénétrer dans la pratique des médecins traitants.

« Je suis d'avis de placer la laparotomie dans le cas susdit entre deux longues périodes d'héliothérapie. Celle qui précède l'opération libère presque

(1) Lettre n° 86 a.

toutes les lésions, assouplit presque toutes les indurations et ne laisse subsister que les coques suppurées susdites. D'autre part, l'héliothérapie doit être employée après l'opération pour achever de stériliser les lésions que le chirurgien ne peut avoir la prétention d'emporter totalement par l'emploi de ses instruments, lesquels peuvent, au contraire, être l'occasion d'un réensemencement minime, tout en étant le moyen de l'ablation des masses principales. Cette héliothérapie post-opératoire a aussi pour objet de tarir les fistules qui peuvent se produire après l'intervention.

« Héliothérapie d'abord, puis hystérectomie et ablation des annexes quand les masses pelviennes sont devenues mobiles et que leur résorption est stationnaire, que la température est tombée, que l'état général est satisfaisant, puis de nouveau héliothérapie, tel est le traitement dont mes malades ont retiré un bénéfice très complet et qui serait parfait si l'hystérectomie ne les stérilisait pas, mais, à vrai dire, cette stérilité existait déjà du fait des lésions elles-mêmes, et si l'opération ne peut pas corriger cette stérilité féminine, elle n'est pas cependant la cause de cette réalisation.

« Les rayons ultra-violetts n'ont pas encore été employés par moi, mais, théoriquement, et par ouï-dire, je leur accorde le même crédit qu'à l'héliothérapie. Je suis convaincu qu'ils obtiendront des résultats égaux, aussi durables que le rayonnement solaire, et souvent, en moins de temps.

« Les rayons X apparaissent comme absolument condamnables dans cette maladie, comme dans bien d'autres, et comme ayant fait faillite. »

Prof. agr. ANDRÉ LERI ⁽¹⁾, *Médecin des Hôpitaux de Paris* :

« Les rayons ultra-violetes m'ont paru donner des résultats très souvent très favorables. »

Prof. LERICHE ⁽²⁾, *Clinique Chirurgicale, Strasbourg* :

« La laparotomie n'est pas nécessaire dans la péritonite tuberculeuse, mais utile dans les formes ascitiques apyrétiques, et contre-indiquée dans les pleuro-péritonéales.

« Il faut faire suivre la laparotomie de la cure solaire. L'héliothérapie peut remplacer l'intervention chirurgicale, mais on gagne du temps en évacuant le liquide. »

Prof. agr. LCEPER ⁽³⁾, *Médecin des Hôpitaux*,

« On doit opérer dans les formes aiguës et dans les sténoses. Je suis partisan du traitement par l'héliothérapie et les rayons ultra-violetes. »

Prof. agr. M.-H.-J. MACAIGNE ⁽⁴⁾, *Médecin des Hôpitaux de Paris* :

« D'après les faits que j'ai observés, la laparotomie

(1) Lettre n° 88.

(2) — 87.

(3) — 89.

(4) — 91.

ne m'a jamais paru indiquée. Dans les cas les plus graves, dont certains ont abouti à une guérison relative, le chirurgien n'a pas voulu intervenir.

« La curabilité spontanée des formes très graves permet de douter de la nécessité, et même de l'utilité de la laparotomie, dont l'indication doit être réduite à quelques localisations et modalités particulières.

« Je crois que l'héliothérapie, avec les réserves ci-dessus, peut remplacer l'intervention chirurgicale.

« Dans le traitement de la tuberculose péritonéale, je classe par ordre d'efficacité : l'héliothérapie, l'actinothérapie par rayons ultra-violets, par rayons X, et l'action de l'air chaud. »

D^r GÉRARD MONOD ⁽¹⁾, *Médecin-Directeur du Sanatorium de Courmettes, (a. m) :*

« *Intervention chirurgicale.* Une seule fois, nous avons posé l'indication d'une laparotomie, chez une femme traitée pour péritonite tuberculeuse. C'était à cause d'accidents d'occlusion intestinale, devenant menaçants, et que nous attribuions à des adhérences rebelles et serrées. L'intervention a révélé une complète intégrité du péritoine et de tous les organes examinés. Le chirurgien a conclu à des troubles névropathiques. Nous n'avons jamais revu la malade.

« Il est très difficile de dire dans quelle mesure, lorsque la fermeture a été immédiate et complète, l'intervention a été utile au malade.

(1) Lettre n° 92.

« Nous avons nettement l'impression que, dans l'immense majorité des cas, l'intervention est inutile et qu'il est bien préférable d'appliquer immédiatement le traitement héliothérapique.

« Nous avons l'impression non moins nette que dans les cas fistulés que nous avons vus, à part un seul où l'opération avait été commandée par un abcès péritonéal, la suppuration a été la suite de l'intervention, et que l'opération a été nuisible et a retardé considérablement la guérison.

« *Valeur du traitement héliothérapique et des autres radiations.*

« *Rayons X :* Nous pensons qu'ils peuvent avoir peut-être une action utile sur certaines formes d'adénopathie mésentérique. Nous pensons que c'est une médication assez aveugle, qui peut avoir des dangers.

« *Rayons ultra-violets, lampes à vapeur de mercure, etc...* : Nous pensons que ces rayons peuvent jusqu'à un certain point remplacer une partie des radiations solaires, et la littérature spéciale présente des cas d'améliorations qui ne paraissent pas douteux. Mais leur valeur est certainement moins grande que celle du soleil, d'autant que, à l'action de l'héliothérapie, se joint celle très importante, de l'aérophérapie et de toute la discipline du Sanatorium. »

Prof. J.-L. PECH ⁽¹⁾, Montpellier :

« En matière de péritonite tuberculeuse, on ne

(1) Lettre n° 96.

peut jamais être absolu et là, plus peut-être que dans toutes les autres formes de tuberculose, j'ai l'impression que le " terrain " joue un rôle essentiel. Il faut tenir grand compte en même temps que d'une thérapeutique chirurgicale, physique, ou médicale, du climat et de l'alimentation du malade.

« En principe, chez les sujets qui, bien que vivant au grand air et ayant une alimentation frugale mais suffisante (paysans ou marins aisés), j'ai vu la laparotomie donner des résultats remarquables si l'état général du sujet est bon; chez de tels sujets, d'ailleurs, les autres thérapeutiques sont sans action, en général.

« Chez les enfants, même de la campagne, qui vivent généralement trop en air confiné, une cure de grand air (altitude ou héliomarine) donne des résultats bien supérieurs aux cures chirurgicales. On peut au besoin s'aider de l'ultra-violet; j'élimine toujours les rayons X et je n'ai aucune expérience de la sérothérapie.

« Pour les citadins adultes, l'ultra-violet fournit de bons résultats momentanés, peu satisfaisants à longue échéance, si le traitement n'est point complété par une cure climatique presque simultanée. L'ultra-violet, et surtout l'ultra-violet intense et généralisé, ne prend rang, selon moi, que bien après le traitement chirurgical ou climatique, dont il ne doit être que l'adjuvant.

« Je ne fais aucune mention des rayons X, que

je considère comme *dangereux* dans toutes les tuberculeuses localisées. »

D^r PELLANDA ⁽¹⁾, *Chef de Clinique Gynécologique, Lyon :*

« La laparotomie, quelque mauvaise presse qu'elle paraisse avoir actuellement, ne m'a jamais donné qu'entière satisfaction dans les formes ascitiques pures, surtout à grand épanchement. Je n'ai jamais observé d'inconvénients à son emploi dans ces formes. Elle me paraît déplorable dès qu'il s'agit des formes fibro-caséuses.

« L'héliothérapie me paraît d'une *merveilleuse efficacité* dans tous les cas de péritonite bacillaire. Même dans les cas laparotomisés, avec parfaite guérison apparente, elle me paraît formellement indiquée, et je la fais *régulièrement pratiquer*.

« Je n'ai aucune pratique de sérothérapie. J'ai vu des cas traités par les rayons X ou les rayons ultra-violets, sans bénéfice appréciable. A dire vrai, il s'agissait dans ces cas de formes fibro-caséuses, le plus souvent graves par conséquent. »

D^r JULES RENAULT ⁽²⁾, *Médecin de l'Hôpital St-Louis, Paris :*

« La forme ascitique guérit trop souvent par les seuls moyens médicaux pour qu'on soit autorisé à

(1) Lettre n° 94.

(2) Lettre n° 97.

dire que la laparotomie a une action favorable sur son évolution. J'ai vu, d'autre part, un malade chez qui la laparotomie échoua et qui fut ensuite guéri par une injection intra-péritonéale de naphthol camphré.

« Je crois que l'Héliothérapie peut remplacer entièrement l'intervention ; il en est de même des rayons ultra-violets sous l'influence desquels j'ai vu guérir des formes fibro-caséuses et ulcéro-caséuses délaissées par la chirurgie.

« L'Héliothérapie et les rayons ultra-violets me paraissent indiqués dès que la période aiguë est passée. Je n'ai l'expérience ni des rayons X ni de la sérothérapie. »

D^r JEAN SAIDMAN ⁽¹⁾, *Electro-Radiologiste, Paris :*

« La laparotomie me paraît pouvoir être évitée le plus souvent grâce à l'actinothérapie, la polythérapie ou l'héliothérapie.

« Donc, un traitement par les rayons ultra-violets, ou de soleil me paraît indispensable dès que le diagnostic de péritonite tuberculeuse est posé. J'ai vu trop souvent de malades opérés porteurs de fistules et que l'on a été obligés de soumettre, un peu tard, aux rayons.

« Le mieux serait de grouper les ultra-violets, les infra-rouges et les rayons X dans l'association que j'ai appelée " polyradiothérapie ". »

(1) Lettre n° 98.

D^r GASTON SARDOU ⁽¹⁾, *Nice* :

« Si la marche de la maladie, même aiguë et fébrile, n'est pas trop rapide, et les fonctions digestives peu compromises, le traitement général et local, et en particulier l'héliothérapie, doivent être entrepris d'abord. Les bons résultats, à divers degrés, ont été assez souvent obtenus pour qu'on doive en faire l'essai. Pour tirer de l'héliothérapie tout ce qu'elle peut donner, il faut l'appliquer avec une progression prudente au début, mais constante, et visant non seulement l'abdomen, exposé à son tour, mais la surface cutanée totale, sauf l'extrémité céphalique, et quelquefois les foyers intra-thoraciques, encore capables de révivescences. La durée des séances peut souvent être portée au maximum possible pour en tirer le meilleur résultat, mais c'est à la condition de pouvoir disposer d'un rayonnement vraiment intense. Il est des cas où il faut le soleil du printemps ou d'été pour entraîner des résultats sérieux. En hiver, le bord de la mer méridionale ou l'altitude sont souvent les seules régions d'héliothérapie efficace.

« A défaut, les diverses irradiations artificielles fournissent des actions de même nature, mais non identiques, en raison de la dissociation et de l'isolement des rayons du spectre, dont l'effet d'ensemble possède seul la valeur particulière d'agent naturel

(1) Lettre n° 100.

et d'un maniement plus facile parce qu'il s'adapte, étant complet plus directement et plus doucement à la fois aux besoins généraux et aux susceptibilités éventuelle de la matière vivante très différenciée qu'est l'homme.

« Ces constatations d'ordre général n'empêchent pas que les irradiations artificielles possèdent en propre une grande puissance modificatrice, dont les effets locaux peuvent être très précieux. Ils seront donc, suivant les cas individuels, d'un effet précis plus actif sur certains foyers, et en tout cas très précieux quand on ne dispose pas du soleil.

« C'est en les combinant avec le traitement héliothérapique total qu'on disposera de la puissance radiante la plus complète, celle qui se trouve seule efficace dans certaines circonstances.

« Quand la saison ou le climat ne permettent pas un traitement solaire suffisant, on doit essayer les diverses irradiations artificielles qui ont par leur action locale également procuré des résultats. On peut aussi, quand on a reconnu qu'ils sont bien supportés, combiner insolation et irradiations locales. C'est seulement quand la marche envahissante, aiguë ou rapidement aggravée, semble démontrer l'impuissance ou l'action trop lente de ces méthodes, qu'on devra recourir à la laparotomie. Les réactions de l'organisme insolé sont variables et quelquefois d'une interprétation embarrassante. Si la fièvre est souvent amoindrie, même arrêtée, d'autres fois elle est accrue. Il peut en être de même pour les phénomènes locaux,

l'ascite, les douleurs spontanées ou à la pression, les indurations profondes péri-intestinales ou épiploïques, etc... Il ne faut pas se hâter de juger d'après le début de ces recrudescences souvent passagères et qui peuvent traduire au contraire la mise en train des activités défensives et se calmer, puis rétrocéder au contraire, surtout quand l'état général, qui reste le critérium le plus sûr, manifeste plutôt une amélioration du côté de l'appétit, de la digestion, des forces, du sommeil, toutes fonctions que le soleil en effet modifie si habituellement.

« La cavité péritonéale étant ouverte, même sur une petite étendue, même sans que les foyers soient entièrement accessibles, l'irradiation solaire directe, utilisée par TÉMOIN, même pendant un temps assez court, s'est révélée d'une puissance infiniment plus grande et plus rapide que dans l'héliothérapie seulement cutanée. D'après les nombreux faits observés par cet auteur, cette irradiation directe, quoique courte et unique, est capable d'une action d'arrêt qui inhibe l'activité bacillaire, multiplie les défenses locales, transforme le processus pathologique ainsi surpris, et en enraye l'extension. La simplicité et l'innocuité du mode opératoire en font un procédé de choix, qu'il y a lieu de ne pas négliger en cas d'insuccès des autres traitements.

« Comme en toute autre matière thérapeutique, on ne doit adopter aucune formule étroite de traitement. Les conditions générales et locales qui caractérisent chaque cas particulier sont les seules bases

légitimes du choix des moyens et de l'ordre dans lequel il faut y recourir, en les espaçant, si on le peut, pour les mieux juger, ou, au contraire, en les combinant et les multipliant lorsque l'insuccès des premières tentatives, ou bien l'aggravation, ou même la gravité initiale du cas l'exigent. »

Prof. SERGENT ⁽¹⁾, *Membre de l'Académie de Médecine, Clinique médicale Propédeutique, Paris :*

« Suis partisan de l'héliothérapie et des rayons ultra-violets. »

Pour plus de détails, nous renvoie à sa conférence clinique publiée dans le *Journal des Praticiens* ⁽²⁾ dont nous extrayons les conclusions :

« Lorsqu'en effet on se trouve en présence d'une ascite très abondante, il est trop tard pour songer à l'Héliothérapie simple, et on sait que la paracentèse sera inévitablement suivie de la reproduction du liquide. Donc, il faut faire la laparotomie. Mais, si on suture immédiatement, on se place à peu près dans les mêmes conditions et on assiste à la reproduction du liquide.

« C'est ici que je souscris pleinement à la technique que vient de proposer TÉMOIN, et qui complète si heureusement l'évacuation du liquide par l'action directe des rayons solaires.

« De là à conclure que la laparotomie est nécessaire *dans tous les cas*, je ne le crois pas. A mon avis,

(1) Lettre n° 99.

(2) 30 Avril 1924.

la laparotomie n'est nécessaire que si l'épanchement est abondant et entraîne mécaniquement des troubles de compression; sinon, l'Héliothérapie, bien appliquée dès le début, suffira le plus souvent. Quant à conseiller la laparotomie dans les formes caséeuses, je crois que c'est courir un risque.

« En conclusion générale, je résumerai ma pensée — qui est aussi, je crois, celle de la plupart des chirurgiens — en disant : Commencer par le traitement général et l'Héliothérapie, ne recourir à la laparotomie, avec Héliothérapie pendant et après l'opération, que dans les grands épanchements ascitiques ou dans les formes qui ne cèdent pas au traitement général associé à l'Héliothérapie. »

D^r SOLOMON ⁽¹⁾, *Chef de Service de Radiologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris :*

« La laparotomie est inutile, sauf s'il y a des phénomènes d'occlusion.

« Le traitement de choix de la péritonite et de la tuberculose en général, est la roëntgenthérapie. L'Héliothérapie et la photothérapie ne jouent qu'un rôle accessoire, quoique très intéressant, si elles sont combinées à la roëntgenthérapie. Quant à la technique roëntgenthérapique utilisée, vous trouverez des indications nombreuses dans mon livre : « Précis de radiothérapie profonde. »

(1) Lettre n° 101.

D^r TEMOIN ⁽¹⁾, *Chirurgien, Bourges, Membre de l'Académie de Médecine de Paris :*

« J'ai fait une communication à l'Académie de Médecine de Paris sur le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, le 19 octobre 1922. A cette époque, on n'opérait à peu près pas les péritonites tuberculeuses : l'on se gardait surtout d'opérer les cas graves, les formes dites caséuses. Depuis cette époque, mon opinion n'a pas varié. *J'opère toutes les péritonites tuberculeuses, à quelque période qu'elles soient de leur évolution, et les résultats sont des plus satisfaisants.* Ma statistique, qui porte sur plus de 400 cas, montre qu'aucun traitement ne peut lui être comparé, opération pratiquée sous les rayons solaires. »

D^r MAURICE TUSSAU ⁽²⁾, *Chirurgien en Chef de l'Hôpital Saint-Rambert, Lyon :*

« Je suis chirurgien et ne puis m'empêcher de suivre, comme vous le supposez, l'appel de la salle d'opération.

« Qu'elle soit ensoleillée ! Du soleil éclatant, des projections à miroir même, tout comme Archimède incendiant la flotte romaine, d'après la légende.

« Et c'est pour cela que je rêve d'un centre de la péritonite tuberculeuse dans le Midi, tout comme

(1) Lettre n° 102.

(2) — 103 a.

il y en a à Berck-Plage, la merveilleuse usine des tuberculoses osseuses.

« Il faut du soleil plongeant dans le ventre ouvert : il faut pour la convalescence chaleur, lumière, de l'azur, de l'or céleste, le seul or gratuit, et encore !

« Il faut l'influence douce du climat et l'influence heureuse dans les jardins, les fleurs, la gaieté !

« Il faut la mer pour larges irrigations vaginales et rectales, bains, applications, quintonisation si bien mise au point par le savant apôtre de la thalassothérapie, le D^r JARRICOT.

« Les insuccès chirurgicaux sont faits de mauvaises conditions opératoires. Bien entendu, il faut considérer comme abominables à opérer les ventres à lésions intestinales, à adhérences, à enkystements ; ces cas donnent des suppurations, des fistules bacillaires ou stercorales.

« Mais, en principe, toute bacillose péritonéale prise chirurgicalement lâchera la place.

« J'opère mes péritonites bacillaires non seulement à la façon historique de Spencer WELLS et de KÖENIG, mais je les soigne comme des péritonites septiques, je *goménolise à fond* (40-50 grammes de goménol pur), puis je draine à droite et à gauche, mais jamais par le Douglas.

« J'enlève toujours l'appendice, surveille les annexes et exécute ceux qui sont suspects. Et par la suite je compte sur le *malt*, les phosphates vivants des laitances de poisson, de la moelle osseuse, des aliments phosphatés ; je compte sur cette admirable

chlorophylle encore inconnue. Je compte sur la bonne chère et la joie de vivre du rescapé ! »

D^r PAUL VIGNARD⁽¹⁾, *Chirurgien des Hôpitaux de Lyon* :

« J'ai l'impression que la cure solaire doit être employée de préférence à tout autre traitement, sauf peut-être quand le point de départ peut être nettement déterminé, comme il arrive souvent chez la femme, au niveau d'un ovaire, d'une trompe, organes profonds, lentement accessibles aux irradiations et dont l'extirpation, lorsqu'elle est faisable, permet de gagner du temps, et, surtout, prive le péritoine et l'organisme d'une source perpétuelle de réinoculation.

« En dehors de ces cas où l'intervention se dirige presque à coup sûr sur un organe malade, je la crois plus nuisible qu'utile et, en tous cas, sans comparaison possible avec la cure solaire et même la cure par les rayons ultra-violet, qui donne de très bons résultats, à la condition qu'on la pratique dans de bonnes conditions hygiéniques.

« Je vous avoue, d'ailleurs, que je n'ai pas opéré depuis longtemps de péritonite tuberculeuse.

« Je leur applique soit l'héliothérapie solaire, soit l'héliothérapie artificielle, avec lampe à vapeur de mercure de 3.000 à 6.000 bougies. »

(1) Lettre n° 104.

Si nous essayons de classer les opinions de ces Maîtres, nous voyons que les avis formulés sont à peu près les suivants, en ce qui regarde l'utilité de la laparotomie :

1) *La laparotomie paraît indiquée dans la plupart des cas.*

Réponses de MM. Delore, Dumarest, J.-L. Faure.

2) *La laparotomie est utile, toujours ou très souvent, mais en y associant l'héliothérapie à ventre ouvert.*

Réponses de MM. Bufnoir, Caussade, Témoin et Tussau.

3) *La laparotomie est nécessaire dans certaines formes anatomiques particulières.*

Réponses de MM. Léo, Lœper, Sardou.

4) *La laparotomie est indiquée en cas de lésions annexielles associées.*

Réponses de MM. Léon Bérard, Brindeau, Cunéo, de Jong, Vignard.

5) *La laparotomie n'est nécessaire qu'en cas de complications (occlusion).*

Réponse de l'Hôpital annexe de Berck-Plage : MM. Forest, Solomon.

6) *La laparotomie est indiquée dans les formes ascitiques.*

Réponses de MM. Alglave, Léon Bérard, Brindeau,

Cade, Gouilloud, Hartmann, Jeanneney, Lecène, Le Fort, Leriche, Pellanda, Sergent.

a) Elle est discutable dans les autres formes.

Réponses de MM. Bérard, Brindeau, Cade, Gouilloud, Hartmann, Jeanneney, Lecène, Lefort, Leriche, Pech, Sergent.

b) Elle est dangereuse dans certaines formes (surtout fibro-caséuse).

Réponses de MM. Alglave, Cunéo, Gouilloud, Marcel Labbé, Lecène, Lefort, Leriche, G. Monod, Pellanda, Saidman, Sergent, Tussau, Vignard.

7) La laparotomie est toujours ou presque toujours inutile, ou même dangereuse, ou peut-être remplacée avantageusement par l'héliothérapie.

Réponses de MM. Ameuille, Armand-Delille, Bezançon, Biancani, Brulé, Cara, Delherme, Foubert, Hôpital Annexe de Berck-Plage, Jaubert, de Jong, Jousset, Marcel Labbé, Laquerrière, Legueu, Léo, Lœper, Macaigne, Gérard Monod, Jules Renault, Saidman, Sardou, Sergent, Vignard.

Nous avons classé ces réponses d'une façon approximative, et peut-être arbitraire, car presque chacune d'elle aurait nécessité d'être mise à pari, étant donné que presque toutes expriment des opinions très individuelles, et pour plus d'exactitude, nous renvoyons les lecteurs aux lettres originales.

2) Avantages, inconvénients et danger de la laparotomie

Ayant terminé les citations extraites d'une partie des réponses qui nous sont parvenues et qui, par leur variété aussi bien que par la notoriété des sources dont elles émanent, constituent un dossier des plus intéressants, et montre la situation actuelle de la question en France, nous croyons que le mieux est de comparer en détail les deux méthodes, avec les résultats qu'elles obtiennent, et de discuter leurs indications respectives.

Les partisans de la laparotomie disent que le résultat de l'intervention est à peu près immédiat et que les risques sont insignifiants.

Elle compte à son actif de nombreuses guérisons ou améliorations. La bénignité et la simplicité de l'incision ne fait pas de doute. Après ouverture de l'abdomen, on travaille à ciel ouvert, on découvre la nature du mal, et souvent des choses inattendues.

Dans certains cas, la rapidité des résultats obtenus par la laparotomie est vraiment frappante ; ils surviennent immédiatement après l'opération. Les malades ne sont ainsi pas obligés de quitter leur famille pour aller dans un sanatorium faire pendant de longs mois un traitement héliothérapique coûteux. Dans certains cas même, la laparotomie s'impose et ne peut pas être discutée, comme par exemple en cas d'ascite trop abondante causant une compression qui empêche le fonctionnement normal des organes

et détermine des troubles graves. Vouloir commencer l'héliothérapie serait alors trop tardif, il faudrait attendre les résultats trop longtemps. De son côté, la paracentèse ne donne que des effets illusoires, car le liquide se reproduit très vite. Dans ces cas, il ne peut être question d'héliothérapie que comme adjuvant du traitement chirurgical, pendant et après l'opération.

De tout ce qui précède et se trouve en faveur de la laparotomie, faut-il conclure qu'elle soit indiquée dans toutes les formes et dans tous les cas, ainsi que certains le prétendent ? Nous croyons que non, cela serait une dangereuse exagération ! Dans la médecine plus encore qu'ailleurs, il ne faut pas vouloir schématiser et chaque cas doit être jugé à part.

Des distinctions doivent être faites dans les formes de cette maladie, et nous pouvons démontrer que, tandis que l'incision abdominale est particulièrement favorable dans la forme ascitique à *grand épanchement libre*, avec compression des organes, elle est extrêmement dangereuse dans les formes de péritonite bacillaire à marche aiguë, où, comme le Prof. LECÈNE écrit : « Elle ne donne que de très mauvais résultats, jusqu'à 80 % de morts, non pas immédiates, mais rapides, dans les semaines qui suivent l'opération, par granulies, méningites, etc... La gravité de l'état général dans ces cas, le danger de tout acte opératoire, même minime, même pratiqué à l'anesthésie locale, chez des malades profondément

infectés, me paraissent être des raisons suffisantes pour que le chirurgien sache s'abstenir de toute tentative opératoire dans ces péritonites tuberculeuses graves, bien souvent rapidement mortelles par granulie. L'héliothérapie et le traitement général sont ici bien préférables ; s'ils ne sont pas efficaces, ils ont au moins l'avantage de ne pas être directement nuisibles aux malades. »

Mais, avec la péritonite bacillaire à marche aiguë, nous n'avons pas encore épuisé les contre-indications de la laparotomie. Dans les formes ulcéro-caséuses et dans les formes à gâteaux, avec adhérences, l'opération doit être évitée; on risque, en effet, de blesser les anses grêles fixées à la paroi et difficilement visibles, de provoquer des perforations et des fistules stercorales.

Le Prof. LE FORT nous écrit que « dans la forme où il y a adhérences nombreuses de l'épiploon à l'intestin et à la paroi, formes d'ailleurs communes, il est très opposé aux manœuvres de libération, qu'il considère comme graves, en raison de la friabilité des viscères. On déchire, on fait saigner, on laisse le sang dans le ventre après une hémostase forcément incomplète, et cela *est très mauvais* ».

Le Prof. LECÈNE est d'avis que « dans cette forme de péritonite ulcéro-casécuse, l'opération sanglante est le plus souvent contre-indiquée. C'est encore là un cas où l'héliothérapie associée au traitement médical lui paraît nettement supérieur à l'intervention chirurgicale ».

Au Sanatorium de Courmettes, nous avons soigné plusieurs malades avec fistules stercorales consécutives à la laparotomie. En ce moment, nous en avons également deux. Les résultats de l'intervention chirurgicale ont été, dans ces cas, déplorables, et l'on n'a pu constater que ses méfaits.

Nous citerons un cas observé à Courmettes, dans lequel une fistule existait au moment où le malade nous a été amené dans un état général grave et a été guérie par l'héliothérapie.

OBSERVATION N° 16

M. C. R..., 16 ans, a été opéré le 25 mai 1925 pour appendicite aiguë. L'appendice a été enlevé et l'examen histologique n'a pas révélé de tuberculose, mais on a noté des granulations sur le péritoine. *Une fistule stercorale s'est établie à la suite de cette intervention.* La péritonite s'est développée et a donné lieu à plusieurs crises d'occlusion intestinale, contre lesquelles une deuxième intervention a été décidée et pratiquée le 23 août. Nous n'avons pas de renseignements complets sur cette deuxième intervention. Nous supposons que la cure radicale de la fistule n'a pas été pratiquée à ce moment-là soit qu'elle ne paraisse pas possible au milieu de lésions péritonéales très étendues, soit que les chirurgiens aient jugé qu'il y avait là une soupape utile au cours de ces crises d'occlusion.

Dans ce cas, nous n'imputons pas à une maladresse chirurgicale la complication qui s'est produite. La fragilité des tissus peut être telle que des déchirures surviennent malgré toutes les précautions. Il semble d'ailleurs qu'il faille ici, *à côté d'un effet désastreux des manœuvres opératoires elles-mêmes, faire la part d'une exacerbation de réactions péritonéales par l'opération.* Nous notons que cette aggra-

vation est apparue après l'opération, qu'il en est de même des phénomènes d'obstruction, contre lesquels la seconde opération a été totalement impuissante, et que l'état général lui-même s'est montré de plus en plus atteint jusqu'au moment où l'Héliothérapie a commencé son action. Un autre fait remarquable est qu'à son arrivée, le 20 octobre 1925, ce malade présentait non une vaste plaie, mais une fistule, et les rayons solaires n'ont ni plus ni moins pénétré la paroi abdominale que si elle n'avait jamais été incisée.

Le malade fait une cure d'Héliothérapie intensive. La première période de son séjour est très mauvaise. Le pus et les matières s'écoulent très abondamment par la fistule ou il se produit des crises d'occlusion. Bientôt l'état général commence à se remonter, la température, après une période où elle atteint 39°5-40°, descend en lysis et désormais il y a une progression constante et rapide de l'amélioration. A l'arrivée il ne pèse que 45 kil. 600 gr.; les deux premiers mois se passent sans résultat apparent. Ce n'est qu'après quatre mois de traitement représentant 90 heures de cure effective que l'amélioration se déclare franchement et le malade pèse le 1^{er} février 53 kilos. L'appétit, les forces sont revenus, il ne fait plus de température, dort régulièrement. Le 1^{er} avril, le poids atteint 63 kilos, le 1^{er} mai 65 kil. 600; aujourd'hui, après 8 mois de traitement et 308 heures de cure solaire, la fistule est cicatrisée et les matières s'éliminent par la voie naturelle. Il marche, fait des promenades et commence à travailler.

Ce résultat paraît bien dû à l'héliothérapie. Si nous avions perdu confiance en elle au début, en face des crises d'obstructions qui se reproduisaient (et qui n'existent plus) et si nous avions eu recours à une nouvelle laparotomie, nous aurions sans doute rendu à ce malade un très mauvais service.

Dans les lésions circonscrites autour d'un viscère, même si par erreur de diagnostic on opère, il est prudent de limiter aussitôt l'intervention et de ne pas la poursuivre plus avant.

Voyons maintenant quels sont les résultats publiés au sujet de la laparotomie :

Entre les statistiques que nous avons vues, il y a des différences considérables : l'un des auteurs donne 20 % de résultats et de guérisons; NUNDERLICH, BACH et les autres 90 % et plus. (SAUVÉ, TÉMOIN, etc...)

L'explication en est probablement que les « résultats » sont très différemment appréciés par les uns et les autres. Il y a de si nombreuses formes dans la péritonite tuberculeuse, qu'il faudrait absolument détailler les résultats obtenus dans chacune d'elles, au lieu de les classer sous le nom général de péritonite tuberculeuse.

D'ailleurs, en ce qui concerne la statistique des chirurgiens, il ne faut pas oublier que la tuberculose péritonéale est une maladie spontanément curable et, avec DUPRÉ, nous pouvons poser la question : « Il reste à savoir combien de tuberculeux, guéris à la suite de l'opération, auraient guéri sans elle. »

Assez souvent, l'opération n'apporte ni la guérison, ni une amélioration durable; le mal suit son cours, il y a des récidives.

Même pendant la préparation de notre travail, nous recevons chaque jour des malades ayant subi l'opération, et que l'on nous envoie pour la cure héliothérapique, la laparotomie n'ayant donné aucun résultat. D'ailleurs aujourd'hui beaucoup de chirur-

giens envoient les opérés faire une cure solaire post-opératoire; nous avons reçu plusieurs malades dans ces conditions et notre impression est qu'ils ne se sont pas guéris plus rapidement que ceux n'ayant pas subi l'intervention.

Nombreux sont les auteurs qui citent des cas où la pratique même répétée de la laparotomie, comme les autres traitements, a échoué, tandis que seule la cure solaire ultérieure a donné la guérison définitive.

Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer les lecteurs à l'article si objectif du Prof. SERGENT ⁽¹⁾, où il relate qu'une malade, M^{me} B..., après avoir été traitée d'abord par le vaccin, n'a dû sa guérison finale qu'à l'héliothérapie; qu'une jeune fille de 25 ans, laparotomisée et en apparence tout à fait guérie, rechuta six mois après; tous les accidents reparurent, avec sept litres de liquide dans l'abdomen, et la guérison complète ne fut atteinte que grâce à l'application de la cure solaire; que Armand DELILLE et HARTMANN ont guéri par l'héliothérapie une femme de 27 ans laparotomisée trois fois sans succès pour péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Tous les spécialistes connaissent de nombreux cas de ce genre.

En ce qui concerne les risques opératoires, il est certain qu'aujourd'hui, avec les progrès de la technique et la sécurité de l'asepsie, une laparotomie est en elle-même un acte relativement peu dangereux; cependant, la mortalité immédiate ⁽²⁾, quoique le taux

(1) *Journal des Praticiens*, n° 17 bis. 1924.

(2) Voir la thèse de GEORGES DECRESSAC, Paris, 1924.

en soit tout à fait insignifiant, peut exister (choc opératoire, faute d'anesthésie, etc.).

3) Indications de la laparotomie

Nous avons vu déjà que la laparotomie est surtout recommandée dans les formes ascitiques, moins indiquée dans les formes fibro-caséuses, et pas du tout dans les cas ulcéro-caséux. Les dernières statistiques concernant la laparotomie (voir les travaux de BERCHGREVINK et de ROSE) n'indiquent qu'un pourcentage de 40 à 50 % de guérisons dans les formes exsudatives et de 25 % dans la forme plastique. Le résultat chez les malades ayant de l'ulcération ou de la suppuration est extrêmement défavorable.

Nous poserons, avec le Prof. SERGENT, la question suivante : « Est-ce qu'il faut conclure que la laparotomie soit inutile, et que c'est l'héliothérapie qui doit être indiquée dans toutes les formes et dans tous les cas ? »

La réponse à cette question est bien simple : Non ! Parce que cela serait également une exagération. L'héliothérapie, tout comme la laparotomie, a ses indications et ses contre-indications.

Nous avons d'ailleurs traité en détail les contre-indications de la cure solaire, et nous n'y reviendrons plus.

La paratomie conserve ses indications dans des cas spéciaux, tels que : sténose, occlusion intestinale, dans les abcès circonscrits, en cas d'ascite

considérable à début annexiel, comme nous l'écrit le Prof. BÉRARD, sans fièvre ni lésions pleuro-pulmonaires en évolution. Dans les cas d'ascite abondante; de pelvi-péritonite avec salpingite, la laparotomie; ainsi que nous l'exprime le Prof. ALGLAVE, « discrètement faite », a son utilité reconnue.

Le Prof. CUNÉO nous dit de son côté : « Je crois qu'on abuse de la laparotomie exploratrice, mais je pense que l'intervention peut parfois être utile, lorsqu'elle supprime le point de départ de la bacilllose péritonéale, par exemple : hystérectomie pour annexite bacillaire, colectomie pour tuberculose iléo-coecale. »

Le D^r DELORE ajoute : « En cas de tuberculose *mobile* du gros intestin et de l'intestin grêle. »

D'après le D^r VIGNARD : « Si le point de départ peut être nettement déterminé, comme il arrive chez la femme, au niveau d'un ovaire, d'une trompe, organes profonds, lentement accessibles aux irradiations et dont l'extirpation, lorsqu'elle est faisable, permet de gagner du temps et surtout prive le péritoine et l'organisme d'une source perpétuelle de réinoculation. En dehors de ces cas où l'intervention se dirige presque à coup sûr sur un organe malade, je la crois plus nuisible qu'utile et, en tout cas, sans comparaison possible avec la cure solaire et même avec les rayons ultra-violets. »

L'opinion générale est que la laparotomie est indiquée dans la forme ascitique. Nous croyons qu'il

faut excepter les cas d'ascite peu abondante, qui guérissent très bien par l'héliothérapie, et n'opérer que les ascites abondantes rebelles, avec signes de compression.

Nous pensons avoir donné dans ces quelques lignes à peu près tous les cas qui peuvent bénéficier de l'intervention chirurgicale et dans lesquels celle-ci soit vraiment utile.

En dehors de ces exceptions, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas, c'est l'héliothérapie qui est seule indiquée et donne les meilleurs résultats. Si, pour une cause quelconque, on ne peut y recourir, il convient alors de la remplacer par une cure de rayons ultra-violets.

4) La Méthode de Témoin doit-elle augmenter le nombre des indications de la laparotomie

Une autre question se pose encore :

Est-ce que la *méthode de TÉMOIN* : laparotomie pratiquée sous les rayons solaires, peut changer cette manière de voir et augmenter le nombre des indications de l'acte opératoire, ou être appliquée comme M. TÉMOIN le dit, sans exception « à tous les cas, si graves soient-ils, quelle que soit la forme de la péritonite, quelle que soit la période de son évolution » ?

Non ! Parce qu'il ne s'agit pas, en effet, de l'influence heureuse que peut avoir un quart d'heure d'irradiations solaires directes sur la plaie ouverte.

mais du danger absolu résultant de *l'acte opératoire lui-même*, avec ou sans insolation dans les formes **ulcéro-caséuses** à foyer multiple ou dans les formes **fibro-adhésives**, avec de nombreuses adhérences entre les anses grêles, la paroi abdominale et l'épiploon, qui forment une enchevêtrement.

Les quinze minutes d'insolation ne peuvent rien pour éviter de déchirer l'intestin et de produire une fistule suppurante ou stercorale, une perforation qui serait des plus difficiles à suturer, en raison de la dégénérescence des tissus souvent en voie de ramollissement ; la pénétration des rayons ne favorise aucunement (hémostase incomplète, n'empêchant point la dissémination bacillaire et ne fait pas que l'on puisse toucher impunément à la péritonite tuberculeuse à *marche aiguë*, avec envahissement simultanée de la plèvre, des poumons, etc..., dans un organisme profondément infecté.

Non ! Dans ces nombreux cas, la contre-indication de la laparotomie et la nécessité de la cure solaire restent invariables.

La méthode de TÉMOIN est bonne *là, mais là seulement où la laparotomie est indiquée* ; elle la complète alors très utilement et donne certainement de meilleurs résultats que la laparotomie sans insolation.

Aujourd'hui, ce serait négligence ou ignorance de ne pas recourir à cette méthode ; lorsqu'on se trouve obligé de laparotomiser des malades atteints de péritonite tuberculeuse, on doit faire des irradiations solaires ou par rayons ultra-violets pendant

l'opération et, si possible, faire précéder et suivre la laparotomie d'une cure solaire naturelle ou artificielle.

Tout le monde sait que, si l'acte chirurgical peut nuire dans les formes que nous venons de mentionner, par contre, dans les cas où la laparotomie donne des résultats remarquables, ce n'est pas l'opération qui agit par elle-même, mais bien la pénétration de la lumière et des rayons solaires dans la cavité péritonéale.

Donc, dans les cas où l'intervention chirurgicale est contre-indiquée, elle demeure contre-indiquée, et la méthode de TÉMOIN ne modifie pas la question.

5) Nécessité et résultats de l'héliothérapie

Nous rappellerons seulement ici que, tandis qu'au sujet de la laparotomie les réponses à notre enquête sont tout à fait contradictoires, aussi bien pour les formes dans lesquelles on doit l'appliquer que sur les résultats statistiques, en ce qui concerne l'héliothérapie les opinions sont unanimes. Personne ne peut mettre en doute son efficacité, non plus que son entière inocuité.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer ce que l'éminent propagateur de l'Héliothérapie en France, ARMAND-DELILLE, écrit :

« L'Héliothérapie donne des résultats si excellents, qu'entendre préconiser d'autres modes de thérapeu-

tique pour cette affection paraît vraiment surprenant...

« Divers traitements peuvent arrêter le processus tuberculeux sur la séreuse péritonéale, mais seule l'héliothérapie générale permet d'obtenir une guérison complète en stimulant la résistance de tout l'organisme et faisant régresser l'infection tuberculeuse dans les autres localisations, et en particulier dans les ganglions trachéo-bronchiques. »

Tout le monde est d'accord pour dire qu'elle donne les meilleurs résultats, et les statistiques sont concordantes. Presque tous les auteurs signalent de 90 à 95 % de guérisons ou d'améliorations. (Voir ARMAND-DELILLE, BERNARD, G. MONOD, ROLLIER, SERGENT, etc...)

Les échecs sont exceptionnels.

Ce que nous voulons faire ressortir ici, c'est, comme les Prof. SERGENT et LECÈNE et le D^r PRUVOST le font aussi en toute impartialité, ce n'est pas que la laparotomie soit à rejeter une fois pour toutes, cédant sa place à l'héliothérapie, mais, tout simplement, que les indications de l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse sont très restreintes, et que la laparotomie est souvent nuisible, tandis que, dans la majorité des cas, la cure solaire produit des effets bien supérieurs. Enfin, comme nous l'écrit le Prof. JOUSSET, les formes curables par laparotomie le sont presque toujours par une foule d'autres thérapeutiques.

De notre part, nous qui observons journellement

toutes les formes de péritonite bacillaire, dans un sanatorium exclusivement installé pour l'héliothérapie, et sur des malades opérés ou non, nous voyons beaucoup de sujets qui, ayant refusé l'intervention chirurgicale, guérissent par la cure solaire, aussi bien dans les formes chroniques que dans les cas récents, où la guérison est la règle. L'état stationnaire, comme une aggravation de la maladie, est une exception. Quant à la mortalité pouvant résulter de l'héliothérapie, sauf imprudence grave, *elle n'existe pas !*

Il ne faut pas oublier qu'après la laparotomie ou même après les interventions par lesquelles on enlève un foyer tuberculeux chirurgical, il reste malgré tout nécessaire de traiter l'état général, parce que le sujet qui se présente à nous est un *tuberculeux*, c'est-à-dire un malade dont l'organisme est envahi plus ou moins profondément par l'infection et l'intoxication tuberculeuse. Après un temps variable d'état de maladie, ce sujet présente les signes d'une localisation qui d'ailleurs, bien souvent, n'est pas unique. Que cette localisation ait ou non précédé cet état de maladie, nous n'en savons rien et rien actuellement ne nous permet de le savoir. Il est donc évident que nous nous préoccupons davantage de *traiter le sujet tuberculeux*, que de traiter spécialement une des localisations qu'il peut présenter. Et, sans entrer ici dans la discussion de ce problème, l'expérience montre qu'en procédant ainsi on emploie bien souvent le meilleur moyen de guérir la lésion. Lorsque nous disons que l'héliothérapie est

le traitement de choix de telle ou telle forme de tuberculose, nous entendons indiquer par là qu'elle présente pour d'autres formes, des dangers ou des contre-indications, par exemple pour un assez bon nombre de formes pulmonaires évolutives. Mais, à notre sens, et d'une façon générale, l'héliothérapie unie à la cure d'air, au traitement diététique, aux conditions d'hygiène et de discipline de la vie sanatoriale, est bien réellement le traitement de *la tuberculose*, et c'est pour cela qu'il est le traitement de telle ou telle lésion.

Dans tous les cas où on conseille la laparotomie, nous ne pouvons que proposer, avant de rejeter une chose qu'on ne connaît pas, d'étudier l'héliothérapie, et, seulement après en avoir constaté les effets, de décider quelle méthode est préférable. Nous sommes convaincus que, *malgré les résultats indéniables que peut donner la chirurgie* dans la péritonite tuberculeuse, ceux obtenus par l'héliothérapie et la vie au grand air sont incomparablement supérieurs, car elles remontent l'état général et aboutissent à la guérison presque certaine, au lieu d'une amélioration douteuse. La science progresse de jour en jour et nos idées doivent évoluer avec elle, cela est aussi nécessaire en ce qui concerne l'héliothérapie dont la présence parmi les agents thérapeutiques nouveaux, exige la révision du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse et des conclusions nouvelles.

Nous ne pouvons que rendre hommage à l'indépendance d'opinions et à l'évolution des idées qu'ex-

priment les réponses de deux éminents chirurgiens, autrefois partisans absolus de la laparotomie.

Prof. LEGUEU, *Paris* :

« *Aujourd'hui*, avant d'opérer une tuberculose péritonéale, j'utiliserai l'héliothérapie et les rayons ultra-violets, accessoirement la radiothérapie. »

Prof. WILLEMS, *Liège* :

« Le traitement chirurgical sera réservé désormais particulièrement à l'occlusion et conserve ses droits dans les variétés ascitiques, combiné avec les rayons X, les rayons ultra-violets, et, surtout, l'héliothérapie, qui donnent des résultats meilleurs que la laparotomie seule... Je pense que l'on a beaucoup abusé de la laparotomie... Voilà mes idées *actuelles*, ces idées ont beaucoup évolué et évolueront peut-être encore. Après avoir été *partisan absolu* de la laparotomie, j'estime que les rayons et l'héliothérapie sont des adjuvants dont le chirurgien ne peut pas se passer. A mesure des progrès de la technique, ces moyens arriveront peut-être à supplanter la chirurgie.

★
★★

Comme conclusion en cas de péritonite tuberculeuse nous recommandons :

1° Commencer par l'héliothérapie (faute de soleil rayons ultra-violets), qui est utile, même si l'on doit

opérer plus tard. Elle facilite l'opération imposée, libère presque toutes les adhérences, mobilise presque toutes les lésions, fait fondre et disparaître les gâteaux, remonte l'état général et facilite le travail du chirurgien. Le plus souvent, d'ailleurs, elle suffit à donner les résultats cherchés.

2° N'opérer que si cela paraît vraiment nécessaire.

Ne pratiquer l'intervention que sous les rayons solaires ou artificiels.

Limiter l'acte chirurgical à l'indispensable.

3° Faire suivre la laparotomie d'une cure d'héliothérapie qui, s'unissant à la cure d'air, de repos, d'alimentation et à de bonnes conditions hygiéniques, est le seul traitement rationnel de la tuberculose.

Continuer la cure assez longtemps pour que les rechutes ne soient plus à craindre.

4° Même après la guérison la plus parfaite, ménager l'organisme, éviter le surmenage et vivre au grand air dans de bonnes conditions le plus possible, car une fois atteint par la tuberculose, on aura toujours moins de résistance qu'auparavant.

Pour maintenir la guérison autant générale que locale, il sera nécessaire de faire annuellement une cure de repos et hélio-aérophothérapie pendant deux mois.

Pour des raisons que nous expliquerons plus loin, nous recommandons particulièrement la lecture des extraits de réponses qui viennent de l'étranger, et que nous publions ci-après par ordre alphabétique.

Etant donné la concordance presque unanime des opinions exprimées, nous ne citons qu'une ou deux lettres par pays.

6) Extraits des réponses étrangères

ALLEMAGNE

Prof. W. HIS ⁽¹⁾, *Faculté de Médecine de Berlin* :

« La laparotomie n'est plus employée de nos jours que très rarement.

« Je ne l'ai plus fait pratiquer depuis des années et je ne la recommanderai plus que si tous les autres traitements ont échoué.

« Dans la plupart des cas, on obtient par les irradiations les mêmes résultats qu'autrefois par la laparotomie. »

Prof. R. STICH ⁽²⁾, *Directeur de la Clinique Chirurgicale, Gottingen* :

« Je suis un partisan de la laparotomie, dans la péritonite tuberculeuse, car sans l'examen microscopique et la biopsie de fragments opératoires, il n'est souvent pas possible de poser un diagnostic certain de péritonite tuberculeuse.

« Si je préconise la laparotomie comme agent de diagnostic, je ne suis d'autre part aucunement con-

(1) Lettre n° 123.

(2) — 124 a.

vaincu de sa valeur thérapeutique, quoique je ne puisse pas nier que dans une partie des cas, sans aucun doute, une guérison rapide succède à la laparotomie.

« Je n'ai pas assez d'expérience sur ce sujet pour pouvoir dire si l'Héliothérapie peut remplacer entièrement le traitement chirurgical. Je suis enclin à trouver que les rayons ultra-violets, après la laparotomie, sont d'une grande utilité. Avant et pendant la laparotomie, je n'attends pas grand chose des rayons ultra-violets, surtout pendant l'opération, car les rayons ne peuvent être appliqués que sur une toute petite partie de la cavité abdominale.

« Par contre, j'ai vu de très bons résultats de la roëntgenthérapie post-opératoire.

« Je n'emploie pas la sérothérapie. Le traitement que je préfère pour la péritonite tuberculeuse est le suivant :

1° Laparotomie, principalement dans un but de diagnostic;

2° Roëntgen-Reiz-Thérapie, Héliothérapie, et traitement général, que je préconise toujours dans les tuberculoses chirurgicales, cure de repos, alimentation et climathérapie. »

ANGLETERRE

Sir ROBERT PHILIP ⁽¹⁾, *Prof. de Phtisiologie à l'Université d'Edimbourg, Membre Correspondant de l'Académie de Médecine de Paris :*

« La laparotomie n'est ni nécessaire, ni désirable, dans la plus grande majorité des cas de tuberculose du péritoine. Quelques-uns des résultats les plus remarquables ont été obtenus en dehors de toute intervention opératoire, au moyen du repos, de l'héliothérapie et du traitement antigène (tuberculine). »

D^r d'ARCIS POWER ⁽²⁾, *Vice-Président du Comité de Tuberculose de l'Asile Métropolitain, Londres, Correspondant de l'Académie de Médecine de Paris :*

« La laparotomie n'est nécessaire que dans quelques cas de tuberculose péritonéale, et devrait être réservée pour les formes ascitiques.

« Cela est, je crois, la règle générale en Angleterre.

« On devrait toujours faire suivre au malade une cure d'héliothérapie avant de recourir à l'intervention chirurgicale.

« Il n'est pas possible de généraliser les résultats, chaque cas doit être considéré d'après ses mérites.

« L'héliothérapie donne quelquefois de très grands succès dans le traitement de la péritonite tuberculeuse.

(1) Lettre n° 127.

(2) — 128.

« Je n'ai pas d'expérience en ce qui concerne les rayons ultra-violetes ou les rayons X. Il ne faut pas oublier qu'il y a une tendance naturelle à la guérison dans beaucoup de cas, même lorsqu'on n'adopte aucun autre traitement que le repos et la bonne nourriture. »

BELGIQUE

Prof. CH. WILLEMS ⁽¹⁾, *Clinique Chirurgicale de Liège, Membre de l'Académie de Médecine de Paris, Président de la Société Internationale de Chirurgie :*

« J'estime que la formule de Kœnig, qui croyait la laparotomie le seul traitement de la tuberculose péritonéale, est périmée. Le mode d'action de la laparotomie n'est d'ailleurs pas plus connu maintenant qu'au temps de Kœnig.

« Actuellement, nous disposons de trois méthodes : la radiothérapie, l'héliothérapie, et les interventions chirurgicales. Il n'est pas logique d'opposer ces trois moyens. Il faut savoir les associer.

« L'héliothérapie trouvera surtout son application dans les formes progressives, sans fièvre. En quinze jours, il faut arriver à l'exposition totale du corps, excepté la tête.

« La radiothérapie convient aux formes ascitiques et fibreuses, donc à la très grande majorité des cas. Le traitement comporte quatre irradiations mensuelles pendant cinq à six mois.

(1) Lettre n° 130.

« Ces deux moyens sont avantageusement associés à la cure marine. Le traitement chirurgical sera réservé particulièrement à l'occlusion.

« *Je pense qu'on a beaucoup abusé de la laparotomie.* En réalité, la laparotomie conserve ses droits dans les variétés ascitiques, où on ne peut guère la remplacer par la physiothérapie, mais où la combinaison avec les rayons X, les rayons ultra-violets, et surtout l'héliothérapie, donneront des résultats meilleurs que la laparotomie seule.

« Voilà mes idées actuelles sur le traitement de la tuberculose péritonéale, spécialement chez l'adulte. Ces idées ont évolué et évolueront peut-être encore. Après avoir été partisan absolu de la laparotomie, j'estime que les rayons et l'héliothérapie sont les adjuvants dont le chirurgien ne peut pas se passer.

« A mesure des progrès de la technique, ces moyens arriveront peut-être à supplanter la chirurgie. »

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

D' ALFRED HESS ⁽¹⁾, *New-York City* :

« Dans presque tous les cas traités avec les rayons ultra-violets, la laparotomie n'est pas nécessaire.

« Je pense que cette opération est faite plus souvent qu'il ne le faudrait.

« J'utilise l'héliothérapie au printemps, et en été, les rayons ultra-violets par vapeurs de mercure ou

(1) Lettre n° 125.

lampe à arc, pendant l'hiver. Toutes ces thérapeutiques sont efficaces.

« Je n'ai pas d'expérience dans l'emploi des rayons X ni de la sérothérapie. »

Clinique MAYO, *Rochester. Section chirurgicale.*

D^r JAMES C. MASSON ⁽¹⁾ :

« La chirurgie n'est pas toujours nécessaire dans la tuberculose péritonéale, mais si cette maladie est très étendue et qu'il y a des raisons de croire que les trompes de Fallope sont touchées, je crois qu'elle est à conseiller.

« Je préconise l'Héliothérapie, dans le traitement de cette affection, et *je crois qu'elle remplacera toujours plus l'intervention chirurgicale.*

« Je préfère l'Héliothérapie aux rayons ultra-violets et à la radiothérapie. »

HOLLANDE

D^r E. H. B. VAN LIER ⁽²⁾, *Spécialiste des maladies abdominales et de l'estomac, Utrecht :*

« Je ne crois pas la laparotomie utile dans d'autres cas de péritonite tuberculeuse que ceux à forme exsudative à grand épanchement, ou avec sténose.

« Je préfère les rayons ultra-violets sans intervention chirurgicale.

(1) Lettre n° 145 envoyée de la part du D^r C. H. MAYO.

(2) Lettre n° 131.

« La sérothérapie, surtout la vaccinothérapie tuberculeuse, exige une prudence extraordinaire. »

HONGRIE

Prof. ROSENTHAL ⁽¹⁾ JENÖ, *Budapest* :

« Dans la forme exsudative la laparotomie est un moyen efficace. »

« Les rayons et la cure climatique rendent inutile dans bon nombre de cas l'intervention chirurgicale et remontent l'état général. »

« On peut attendre de bons résultats des rayons de Röntgen (rayons X). »

« Nous n'avons pas employé la sérothérapie dans la péritonite tuberculeuse, étant donné que dans d'autres localisations tuberculeuses elle ne nous a pas donné de résultats. »

ITALIE

Prof. FRUGONI ⁽²⁾, *Directeur de l'Institut de Pathologie Médicale, Université de Florence* :

« La laparotomie doit être réservée aux cas de péritonite dont la forme est exclusivement ou principalement exsudative et qui ne peuvent être améliorées par aucune autre médication. »

« En général, j'ai obtenu les meilleurs effets de l'héliothérapie qui permet d'éviter l'intervention. »

(1) Lettre n° 132.

(2) — 134.

« L'héliothérapie donne d'excellents résultats, ainsi que les rayons X.

« L'héliothérapie semble agir le mieux dans les formes avec adhérences.

« Je n'ai pas d'expérience suffisante dans les rayons ultra-violets. Une longue expérimentation que j'ai faite avec les Prof. ANCONA et PALUMBO, sur les effets du radium, n'ont donné aucun résultat utile. »

SUEDE

D^r LARS EDLING ⁽¹⁾, *Chef du Service de Radiologie de l'Université de Lund :*

« Dans notre pays, presque tous les cas de péritonite tuberculeuse doivent venir en traitement, préférablement dans les hôpitaux.

« Pour ma part, je suis persuadé qu'une paracenthèse, suivie de la radiothérapie, peut donner d'aussi bons résultats qu'une laparotomie avec radiothérapie.

« Mes opinions sur la thérapeutique la plus judicieuse pour les formes différentes de la maladie en question doivent résulter de mon ouvrage « *Acta Radiologica* », tome IV, p. 397.

« Je n'ai pas l'expérience de l'application exclusive de l'Héliothérapie. »

(1) Lettre n° 135.

SUISSE

Prof. ED. MARTIN ⁽¹⁾, *Membre de l'Académie de Médecine de Paris, Genève :*

« Dans la péritonite tuberculeuse, avec exsudat séreux abondant, la laparotomie me paraît fort utile, « incision suivie de badigeonnage de l'intestin avec de la poudre iodoformée et injection de deux ou trois cuillerées d'huile camphrée stérilisée ». Ce traitement doit être suivi et l'a été dans de nombreux cas à l'Hôpital Gourzas, à Genève, par l'héliothérapie, et depuis 1913 en hiver, par l'application des rayons ultra-violets.

« Ces derniers ont été installés par mon fils, le Dr Charles Martin, du Pan, d'après la méthode du Dr Vignard, de Lyon.

« Depuis l'application des rayons ultra-violets, soit depuis douze ans, le nombre des guérisons a augmenté, et nous n'avons constaté que trois décès.

« Dans les formes de péritonite tuberculeuse sans ascite, l'héliothérapie et les rayons ultra-violets me paraissent être le traitement de choix et l'incision réservée pour les cas de complications, obstruction intestinale, etc...

« Mon second fils, le gynécologue René Martin, a opéré plusieurs cas de tuberculose péritonéale, ayant débuté par les annexes et obtenu de bons résultats de l'excision de tout ou partie des organes malades, suivie du traitement par l'héliothérapie. »

(1) Lettres nos 138 et 138 a.

D^r F. DE QUERVAIN ⁽¹⁾, *Professeur de Clinique Chirurgicale de la Faculté de Médecine de Berne, Correspondant de l'Académie de Médecine de Paris :*

« La laparotomie n'est pas indispensable dans tous les cas. Elle constitue toutefois un excellent moyen de stimuler, dans les cas récalcitrants des formes exsudatives et nodulaires, les moyens de défense de l'organisme.

« On est déjà revenu quelque peu de certaines exagérations dans ce domaine.

« Le traitement hélioclimatique peut remplacer l'intervention dans beaucoup de cas et la compléter utilement dans d'autres.

« Nous employons, à côté de l'intervention chirurgicale, l'héliothérapie ou une radiothérapie prudente.

« Les rayons ultra-violet ne remplacent que partiellement la cure hélioclimatique. »

D^r A. ROLLIER ⁽²⁾, *Directeur des Etablissements de Leysin (Suisse) :*

« Nous voyons communément dans nos cliniques, la péritonite tuberculeuse guérir spontanément sous l'action de l'héliothérapie à l'altitude. Je n'ai dû intervenir que dans deux cas, pour obstruction intestinale due à la formation de brides. En règle générale, l'héliothérapie suffit à elle seule à amener la guérison. J'insiste sur la nécessité impérieuse d'un

(1) Lettre n° 136.

(2) — 137.

dosage exact et prudent. J'ai toujours écrit que dans les cas de péritonite, plus que dans toute autre localisation chirurgicale, le soleil devait être dosé comme au compte-gouttes, et j'ai préconisé l'usage de la méthode « dérivative », consistant à commencer toujours l'insolation par les extrémités inférieures et à progresser très graduellement.

Nous avons recouru à la radiothérapie tout à fait exceptionnellement : par exemple dans quelques cas de péritonite fibro-caséuse particulièrement douloureuse. Nous avons, du reste, cessé complètement l'emploi de cet adjuvant et usons uniquement de l'héliothérapie. »

★★

*Pourquoi l'héliothérapie n'est-elle plus répandue
en France ?*

Ce qui est frappant dans ces réponses étrangères et nous saute aux yeux, c'est que tous, quoique chirurgiens pour la plupart, sont unanimes à dire que, sauf exceptions, ils ne pratiquent pas la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse et lui préfèrent l'héliothérapie. Entre eux, il n'y a pas de discussion, la question est résolue.

Nous nous sommes demandés pour quelle cause, alors qu'en France, même encore aujourd'hui, il règne sur ce point des divergences innombrables de vues, à l'étranger, dans plusieurs pays, on a déjà traversé cette crise, et l'accord est unanime pour res-

treindre l'intervention chirurgicale à des cas spéciaux et exceptionnels, lui préférant l'héliothérapie naturelle ou artificielle.

Pourquoi donc cette méthode n'est-elle pas encore beaucoup plus généralisée en France qu'elle ne l'est ? Notre enquête jette sur cette question un jour nouveau qui, croyons-nous, n'a pas encore été mis en valeur.

Il nous semble que cela doit provenir surtout de deux causes qui sont étroitement reliées l'une avec l'autre :

1° En effet, à l'étranger, il existe des sanatoria d'altitude et d'héliothérapie beaucoup plus nombreux et depuis bien plus longtemps qu'en France. Les malades y sont envoyés avec une facilité extrême et l'assurance sociale contre les maladies est obligatoire.

Jusqu'en 1921, pas un seul sanatorium populaire d'héliothérapie n'existait en France. Le premier créé fut celui de Courmettes où nous sommes. (Voir à ce sujet, l'article d'Armand Delille : « Un premier Sanatorium d'Altitude pour l'Héliothérapie en France. » ⁽¹⁾)

Depuis 1921, il n'a été créé qu'un autre sanatorium public d'héliothérapie à l'altitude, en France, celui de Font-Romeu !! et le nombre de lits demeure insuffisant.

Donc, en France, ce n'est que depuis quelques années, et avec une bien faible organisation, que l'héliothérapie à l'altitude a été officiellement établie, et qu'on envoie des péricrâniés dans l'un de ces Eta-

(1) *Bulletin Médical* 1921, p. 601.

blissements de cure solaire. (Voir chap. sur la nécessité de créer des sanatoria.)

2° Il découle bien naturellement de cet état de choses que le médecin, comme le public, n'entend pas assez souvent parler de l'héliothérapie, et ne connaît pas assez les résultats obtenus par elle. Il faut d'ailleurs bien longtemps pour qu'une idée, une méthode nouvelle puisse être connue et acceptée, quelque soit son excellence.

De plus, ainsi que nous l'avons déjà mentionné au cours des chapitres précédents, et comme nous l'avons constaté nous-mêmes, dans un grand nombre de dispensaires, les médecins n'examinent même pas les malades s'ils ne sont pas atteints de tuberculose pulmonaire, ou si la localisation de la tuberculose se fait ailleurs, et, même s'ils le voulaient, ces médecins, uniquement en contact avec des sanatoria de tuberculeux pulmonaires, ne pourraient pas diriger leurs malades sur des sanatoria d'héliothérapie. Tous les médecins de dispensaires devraient être spécialisés dans toutes les formes de la tuberculose, et être en rapports avec les Etablissements qui soignent d'autres affections tuberculeuses que celles des poumons.

Vraiment, il est regrettable de voir que de nombreux dispensaires et de grands hôpitaux de Paris ne s'occupent que de la tuberculose pulmonaire. Nous en avons la preuve par les réponses mêmes de plusieurs des médecins de ces dispensaires qui, sur notre question : « La péritonite tuberculeuse n'est-elle pas plus souvent diagnostiquée depuis que les dispen-

saires existent ? », répondent catégoriquement que non, parce que leurs dispensaires ne s'occupent que des pulmonaires.

Heureusement qu'il n'en est pas de même partout, et cela nous est prouvé par la présence dans le Sanatorium de Courmettes, de nombreux malades envoyés par des dispensaires, surtout de province, qui s'occupent de toutes les formes de la tuberculose et savent déjà que le meilleur traitement contre la péritonite tuberculeuse est la cure solaire.

Nous croyons que ces deux causes : existence trop récente et en trop petit nombre de sanatoria d'héliothérapie à l'altitude, et le manque d'expérience en cette matière, du corps médical, expliquent les divergences d'opinions relevées sur cette question en France.

Par contre, dans d'autres pays, l'assurance obligatoire et de nombreux sanatoria héliothérapiques existent depuis très longtemps, et c'est la règle d'envoyer les malades faire la cure solaire. Voilà pourquoi l'opinion est unanime, à l'étranger, en faveur de l'héliothérapie.

Cependant, si le traitement héliothérapique n'est pas encore plus répandu, en France, il ne faut pas oublier que c'est un Français : PONCET, qui l'a inauguré en 1895, et l'école lyonnaise qui lui a donné son nom. A l'étranger, où le traitement solaire à l'altitude a pris une grande extension, ce fait est généralement passé sous silence. Nous sommes convaincus que lorsqu'on aura vu plus largement les résultats de

l'héliothérapie à l'altitude, le nombre des sanatoria augmentera rapidement, les opinions médicales seront moins partagées, et l'on adoptera le traitement qui, heureusement, compte déjà des partisans plus nombreux chaque jour.

Nous croyons qu'il n'était pas inutile de mettre au point le mieux possible cette question si discutée, et, là où l'opinion n'est pas encore unanime, recourir aux conceptions du monde médical tout entier, afin de cristalliser le résultat de ces réponses. Cela montre clairement au praticien, troublé par les discordances qui régnaient jusqu'ici et par certaines tendances nouvelles qui cherchent à généraliser l'emploi de l'intervention, quels sont les cas où la laparotomie peut être nécessaire, et quand l'héliothérapie doit lui être préférée.

Nous croyons qu'actuellement, il n'existe pas un traitement plus sûr de la péritonite tuberculeuse, et, tant que les progrès de la science ne nous auront pas dotés d'autres découvertes nouvelles, la chirurgie, sauf les cas mentionnés, doit céder sa place à l'héliothérapie, *traitement de choix de la tuberculose péritonéale*, qui appartiendra définitivement à la médecine et non pas à la chirurgie.

Etant donné que dans les cas où la laparotomie peut faire quelque chose, l'héliothérapie donne un résultat semblable et même supérieur, nous concluons que le traitement conservateur et sans risques, vaut mieux que celui qui mutilé et met la vie du malade en danger.

Les dénominations de « *tuberculose chirurgicale, tuberculose locale ou tuberculose externe* », sous lesquelles on a rangé la péritonite tuberculeuse jusqu'ici, sont tout à fait mal choisies et impropres. Elles méritent de disparaître complètement, d'autant plus que cette maladie est, de par son caractère et son traitement tout à fait médicale, et vient d'une infection générale de l'organisme, donc, sauf des cas très rares, elle ne relève nullement de la chirurgie.

On a la mauvaise habitude de donner aux maladies des noms différents suivant les pays, et cela provoque de regrettables confusions parmi les médecins et le public.

Laissons à la péritonite tuberculeuse son appellation qui désigne aussi bien l'endroit touché que l'agent pathogène, et qu'il n'appartienne désormais plus qu'à l'Histoire de nous dire qu'elle fut un jour désignée sous les noms de *tuberculose chirurgicale* ou de *tuberculose locale*.

IX. — Conclusions

Les conclusions amenées par l'étude que nous venons de faire sur la péritonite tuberculeuse, sa symptomatologie et son traitement, nous semblent être les suivantes :

1° Ainsi qu'il ressort des témoignages recueillis auprès des nombreux spécialistes, médecins et chirurgiens ayant en la matière la plus haute compétence, et comme nos observations le confirment, la péritonite tuberculeuse n'est point rare chez l'adulte, bien au contraire, c'est une maladie assez fréquente et que le fonctionnement des dispensaires avec leurs médecins spécialistes aide à diagnostiquer beaucoup plus souvent aujourd'hui qu'autrefois.

2° La loi de Godelier, qui fait une règle de la coexistence des lésions tuberculeuses pleuro-péritonéales, n'est pas exacte, et ce fait est reconnu presque d'une façon unanime par tous. Elle fait surtout défaut dans les pelvi-péritonites, qui ne remontent pas plus

haut, ne dépassent pas le diaphragme et n'atteignent pas la plèvre.

3° La péritonite tuberculeuse n'ayant pas de signe pathognomonique caractéristique, nous préconisons pour le dépistage de son origine tuberculeuse, l'application de l'épreuve de Kuss, que l'on réservait jusqu'ici exclusivement aux pulmonaires.

4° La péritonite tuberculeuse confère l'immunité contre la tuberculose pulmonaire, il est exceptionnel, après la péritonite tuberculeuse, d'avoir une tuberculose pulmonaire grave.

5° Les troubles menstruels qui, dans la grande majorité des cas, précèdent les autres symptômes de la péritonite tuberculeuse, et ne ressemblent pas aux troubles observés chez les pulmonaires, peuvent être considérés comme de véritables « *signes d'alarme* ». souvent précurseurs de la péritonite tuberculeuse. Ces troubles consistent presque toujours en des périodes d'aménorrhée, rarement de métrorrhagie.

6° La laparotomie est inutile, sauf des cas exceptionnels, comme traitement de la péritonite tuberculeuse.

7° L'héliothérapie a sur la péritonite tuberculeuse une action incontestablement efficace, et peut se pratiquer *partout*, quoique, bien entendu, il vaille tou-

jours mieux pouvoir faire la cure solaire à l'altitude et dans un climat permettant de nombreuses heures d'insolation.

8° Si on ne peut pas recourir à l'héliothérapie, il faut employer les rayons ultra-violets, qui donnent aussi d'excellents résultats.

9° Avec les rayons ultra-violets, il importe de pratiquer, au lieu de l'irradiation partielle en usage aujourd'hui, l'irradiation totale du corps, qui donnera des résultats infiniment supérieurs.

10° La péritonite tuberculeuse ne doit plus s'appeler « tuberculose chirurgicale », ou « tuberculose externe », ces appellations étant impropres, ni être rangée dans le domaine de la chirurgie, mais classée dans celui de la médecine qui, sauf des cas exceptionnels, est celui qui lui convient, et garder son nom de *péritonite tuberculeuse*, qui désigne aussi bien l'agent pathogène que l'endroit touché.

Vu : *Le Président*,
F. BEZANÇON.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

VU et PERMIS d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

ARMAND-DELILLE. — L'Héliothérapie (*L'Œuvre méd. chir.*, n° 7, 1914).

— Un premier Sanatorium d'altitude pour Héliothérapie en France (*Le Bulletin médical*, 23 juillet 1921).

— Guérison de la P. T. par l'héliothérapie (*Bulletin méd.*, 17, I, 23).

— Rapport au 1^{er} Congrès de l'Association internationale de thalassother, à Cannes, p. 433.

ARMAND René. — *De l'Héliothérapie à l'Altitude dans le trait. des tuberc. dites chir.*

D'AIRNES A. — La Pratique d'Héliothérapie (*Thèse Montpellier* 1913).

AUDION. — *L'Héliothérapie marine.*

ANRIGO. — *Le Soleil régénérateur.*

ABD-EL-MAGUID KHALIL. — Contribution à l'étude de l'Héliothérapie et son application dans le traitement de la P. T. (*Thèse de Paris* 1918. Jouve, édit.).

ABDERHALDEN. — Ueber den Einfluss des Höhenclimas auf die Zusammensetzung des Blutes (*Zeits für Biologie*, 1902, Bd. 43).

ADRIAN. — De l'Héliothérapie et en particulier de l'Héliothérapie à l'hospice J.-B. Thierry de Maxéville, Nancy (*Thèse de Nancy* 1913-1914).

AMSTAD E. — Röntgensahlen als Adjuvans der Héliothérapie (*Correspondenzblatt für Schw. Aertze*, n° 11, Marz 1917).

ARMAND-DELILLE ET WAPLER. — *L'Ecole de plein air et l'Ecole au soleil*, 1920.

ARMAINGAUD. — *Congrès international de la T. Paris*, 1905.

D'ARSONVAL ET CHAVRIN. — Influence des agents atmosphériques, en particulier de la lumière et du froid, sur le bac. pyocyanique (*C. R. de l'Acad. des Sciences*, 1894. *Sciences Méd.* 1894).

ASCHENHEIM. — Der Einfluss der Sonnenstrahlen auf die leucocytozes Blutzusammensetzung (*Issch. für Kinderhkl.* 1913, Bd. 17, Heft 2).

ASCHOFF. — *Ueber die Wirkungen des Sonnenlichtes auf den Menschen-Freibad u Leipzig*, 1908.

ASQUIER. — Contribution à l'étude de l'Héliothérapie dans le traitement des T. articulaires (*Thèse de Montpellier*, 1914-15).

AXMAN. — Die natürliche u. künstliche Hohen Sonne (*Itsch. f. phys. und diät. Therapie*, Bd. 20, H. 10, 1916 oct.).

AZAIS. — La lumière. Son application au traitement de la T. (*Thèse de Montpellier* 1909-10).

ACHARD. — Les péritonites tuberculeuses (*Journal des prat.*, 1924, pp. 289-295).

— La photothérapie et son application à la P. T. (*Journal des prat.*, n° 26, 1924, pp. 417-422).

BACH H. — Zur natürlichen u. künstlichen Sonnen u. Klimabehandlung der Tuberk (*Deutsch. med. Wochensh.* 1920, 15 Juli, n° 29).

BARBIER (D^r). — *Tuberculose infantile*.

BEZANÇON (Marcel Labbé, Léon Bernard, G.-A. Sicard, M.-M.-A. Clerc, S.-J. de Jong, P.-Emile Weil, Ch. Foix, G. Vitry, Marcel Bloch, Philibert, Pasteur Valléry-Radot). — *Précis de Pathologie médicale*.

BEZANÇON et DE JONG. — *Tuberculose pulmonaire*.

BÉGOUIN (Bourgeois, P. Duval, Gosset, Jeanbrau, Lécène,

- Lenormant, Proust, Tixier). — *Précis de Pathologie chirurgicale*.
- BERNARD (Professeur Léon). — *La Tuberculose en général*, in *Traité de Médecine et de Thérapeutique*.
- BIANIANI (E. et H.). — Mode d'action biologique des rayons ultra-violetts (*Journal méd. fr.*, sept. 1925).
- BILLON (Louis). — *Traité de Clinique thérapeutique chirurgicale*.
- BLANCHOD (F.). — *Consultations du Médecin praticien*.
- BRISAUD, PINARD ET RECLUS. — *Premier Supplément à la Nouvelle Pratique médico-chirurgicale de la Tuberculose chez les enfants. Tuberculose chirurgicale*.
- F. BEZANÇON. — *Précis de Pathologie médicale*, tome II, 1923.
- BADIN. — Traitement des exudats inflammatoires de la tuberculose osseuse par l'insolation (*La Clinique*, 1910, 8 avril).
- BALASCH. — Cureo de hélioherapia (*Archives espagnoles de Tisiologia*, Enero 22, n° 4, Barcelone (Résumé des conférences faites par les docteurs Rallier, Rosselet, Amsbad, H.-J. Schmidt, Leuba lors du cours d'hélioherapie donné à Leysin en août 1921).
- BEHRING. — Ueber die Wirkung violetter u. ultra-violetter Lichtstrahlen. Eys. Untersuchungen über ihre Dürhadringungsfähigkeit chemische Wirkung u. ihren Einfluss auf den gesamt organismus. (*Med. Naturio Archiv.*, 1907, 15 Juli).
- BERLOTTI. — L'hélioherapie dans les tuberculoses locales (*Arch. de Méd. des Enfants*, août 1907).
- BERNHARD (O.). — Therapeutische Anwendung des Sonnenlichtes in der Chirurgie (*Zeitz. für Phys. u. diät. Therapie*, 1905, Bdg. Hf. S.).
- *Hélioher. in Hochgebirge mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der chir. Tuberk.* Verlag von Enke, Stuttgart, 1912.
- Die Entwicklung des Hochgebirgs u. Sonnenlichtbehan-

- dlung der chirurg. Tuberk. (Strahlentherapie 1918, Bd 8, Hf. 2, 15 ac., S. 500).
- BÉZIER (J.). — Traitement des annexites bacillaires par les R. U. V. (*Thèse de Paris* 1926).
- BURNÈRE. — Technique de l'héliothérapie (*Thèse de Montpellier* 1919-20).
- BLOCH (Br.). — Das Problem der Pigmentbildung in der Haut (Archiv. für Dermät. u. Syphil. Bd. 124, 1917).
- BORRIGLIONE. — Héliothérapie marine (*Thèse Paris* 1905-06).
- BRUNING. — Ueber die Sonnenbehandlung der Chirurg. Tub. (Deutsch. Med. Wochenschrift, 1920, Jan. 1, n° 1).
- BÜRKER. — Der physiolog. Wirkungen des Hähnenklimas (Arch. Jürd. G. Physiologie Bd. 1905, 1904).
- BIRCHER (E.). — Zür Konservativen Behandlung der Bauchfelltuberkulose mit Röntgenstrahlen. Strahlenther. Vol. II, p. 2).
- Traitement de la pér. tub. par la Roentgentherapie (*Thèse Bâle* 1907).
- BUFNOIR (M.). — Héliothérapie et T. P. (*Journ. méd. fr.*, t. XII, n° 7, juillet 1923).
- BOULLAND. — Tuberc. du péric. et des plèvres (*Thèse de Paris* 1885).
- BOUTIRON. — Étude de la P. T. cons. typho-bacillose dans l'enf. et l'ad. (*Thèse Paris* 1926).
- CARNOT (P.). — *Maladies microbiennes en général.*
- COLLET (F.-J.). — *Précise de Pathologie interne.*
- CARTON. — *La Cure de Soleil et d'Exercices chez les enfants* (Maloine, 1917).
- CHASSIGNEUX. — Thèse de Paris 1925. *Traitement de la pér. tub. par les rayons U. V.*
- CERF (Léon). — *L'Héliothérapie in la Revue*, t. 12, 1913.
- CHIAIS (A Nice). — *La Cure solaire directe.*
- CASTAIGNE, D'OELSNITZ, LERICHE, FESTAL. — *La Cure solaire* (*Journal Méd. français*, 15 nov. 1913, n° 11).

CAZIN. — De la Cure solaire dans le traitement des tubercules externes (*Paris Chir.*, janv. 1918).

CHATIN et GAUTIER. — Héliothérapie et T. P. (*Lyon Mrd.*, 3 déc. 1911).

COLLIAN. — La technique de l'héliothérapie (*Paris Médical*, 1918, n° 4. pp. 69-74).

CORDIER. — Soleil et sang (*Journal de Médecine de Lyon*, 2 avril 1922).

— Note sur le traitement des P. T. et spécialement leur actinothérapie (*Lyon méd.* 1924, t. I, p. 508).

CAUSSADE. — Etude sur la P. T. (*Journal des mal. de l'enf.*, 1888).

COTTENOT. — Radiothérapie (*Collection Sargent*).

DENTU (A. Le) (Pierre Delbet, A. Schwartz). — *Traité de Chirurgie*.

DUPLAY (Rochard et Demoulin). — *Traité de Diagnostic chirurgical*.

DUPRÉ (D^r) (et D^e Ribierre). — *Maladies du Péritoine*.

DELANGRE (A.). — Consultations chirurgicales (*Bréviaire du praticien*).

DUVAL (P.). — Glandes mammaires. Abdomen. Appareil génital de l'homme (in *Précis de Pathologie chirurgicale*, par Bégouin, Bourgeois, Duval, Gosset, Jeanbran, Lécène, Lenormant, Proust, Tixier, tome III).

DOCHE. — De l'héliothérapie dans les tuberculoses chir., plus particulièrement au climat marin (*Journ. hebdom. des Sciences méd. de Bordeaux*, 9, III, 3).

DUFOURT. — Variations de la teneur sanguine en éosinophiles dans la tuberculose latente et les tuberculoses externes. Influence de l'héliothérapie (*Journal de Physio. et Patho. gén.*, t. VIII, n° 4, 1920).

DELHERM, MOREL-KAHN et COUPAT. — Note sur l'action des rayons U. V. dans la P. T. de l'adulte (*Soc. p. d'Electr. et de Radiol.*, 26 fév. 1925).

DUFESTEL (L.-G.). — Ta péritonite tub. (*L'Ultra-Viol.* n° 1, oct. 1921, p. 23).

DELHER (L.) et GRUNSPANN DE BRANCAS (M^{me}). — Traitem. de la pér. tub. par les R. U. V. (*Pratique méd. fr.*, août 1925).

DOMINICI et CHÉRON. — *Trait. R. X des tub. prof. extra-pulm.*

DELORE et CHARLIER. — *Tuberc. génitale* (Paris, 1920).

DUVERGIEZ. — Tub. pelvienne de la femme (*Journal méd. fr.*, Paris, 1923).

DIECRESSAC (G.). — *Thèse Paris* 1924.

ENRIQUEZ (Laffitte, Lanbry et Babinski). — *Nouveau Traité de Pathologie interne.*

EDLING-LARS. — Aperçu sur le traitement de la tuberculose chirurgicale par les rayons de Roentgen (*Paris Médical*, 6 février 1926).

ESMARCH. — Ueber Sonnendesinfection (*Zeitschrift für Hygien* 1894, Bd. 16).

FAURE (J.-L.). — *Traité de gynéc. méd. chir.* Paris, 1914.

FAURE (J.-L.) et Alglave, Desmarest, Okinczyc, Ombrédanne, Schwartz, Mathieu, Wilmoth. — *Précis de Pathologie externe.*

FORGUE (E.). — *Précis de Pathologie externe.*

FICK. — Bemerkungen über die Vermehrung der Blütkörperchen an Hochgelegenen Orten (*Pflügers Archiv*, 1895, Bd. 60).

FLÄMMER. — *Lichtbiologie u. Hélio-thérapie. Inaug. Dis.* Zurich, 1910.

FOWEAU DE COURMELLE. — Les cures de la lumière (*Revue méd. Paris*, 1902).

FRANKELHÄUSER. — *Das Licht als Kraft u. seine Wirkung*, 1902.

FINKELSTEIN (H.). et ROHR (F.). — *Die Behandlung der tuber-*

kölösen Baüchfellerkranküngen in kindesalter (*Samml. zwangl. Abbrandl. a. d. geb. der Verdaüung u. Stoffwechsel Urleh.*, vol. VIII, 2^e cah., 1922).

GUILLAUME (A.-C.). — Sensibilité et sensibilisation aux rayons lumineux (*Bulletin médical*, n^{os} 20-22, 1926).

GILBERT (A.). — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*.

GILBERT et CARNOT. — *Traité de Médecine et de Thérapeutique*.

GUIBÉ. — *Chirurgie de l'abdomen*.

GUENARD (Aimé). — *In Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet*.

GRANGÉE. — *Héliothérapie et blessures de guerre*.

GARNAULT. — Sur quelques actions thérapeutiques de la lumière (*C. R. de l'Acad. des Sciences Paris*, 1900).

GÖRL. — Zür dichtblhandlung mit ultravioletten Strahlen (*Minch. med. Wachschrift*, 1901).

GRAWITZ. — Ueber die Einwirkung des Höpenklimas auf die Zusammenschätzung des Blütes (*Berlin klin. Wach.* 1906, n^o 17, S. 537).

GUYÉ (G.-A.). — Les réactions de foyer dans l'héliothér. de la tuberculose dite chirurgicale (*Paris Médical*, 1914).

GERNSTENBERGER et WAHL. — Le traitement par les rayons U. V. de la T. P. et ganglionnaire des enfants (*Journ. of the Am. med. Ass.*, 22 nov. 1924, n^o 21).

GODARD (Michel). — Traitement de la P. T. à l'hôpital (*Thèse de Paris* 1920).

GASSOUL. — *Bedeutung der strahlen für tuberkulose*. Leipzig, 1921.

HARTMANN et ARMAND-DELILLE. — P. T. guérie par l'héliothérapie dans les faubourgs de Paris (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. XLVII, n^o 26).

HAMEAU. — Climat maritime et affections tuberculeuses.
(*Congr. d'hydrologie*, 1889).

HARRASS. — Hélio-thérapie bei chir. Tub. (*Referat in Shahlen-therapie*, Bd. 12, Hf. 4, nov. 1921).

HEÛSNER. — Zûr Frage der Hélio-thér. des Tub. (*Aerthliche Mitteil.*, 17 Jahrgang, n^{os} 27 u. 31).

— Theoretische Besmerkûngen zûr Helioth. (*Deûtsche Med. Wochenschr.* 1917, n^o 35, S. 1105).

HINSDALE. — The sun, health and heliotherapy (*Scient. Monthly*, N. Y. IX, 1919, pp. 253-262).

HUSSY. — Ueber die Erfolge der Heliotherapie im Hachgebirge (*Beihäge zûr klin. Chir. von Bruns*, Bd. 90, 1914).

HAGEMANN. — Ueber die Behandlung der chir. Tub. mit künstlichen Licht. (*Deûtsch. med. Worbenschr.* 1913, n^o 30).

ISELIN. — Die Behandlung der chir. Tub. G. Sammlung Klin. Vorhage Chir., n^o 187, 1913).

JACOULET. — *Guide du Médecin praticien*.

JAUBERT. — *La Pratique hélio-thérapique* (Baillière, 1915).

JEANNENEY. — La Menstruation et ses troubles en pratique (*Le Progrès Médical*, 30 nov. 1925).

DE JONG et BEZANÇON. — *Tuberculose pulmonaire*.

— *Précis de Patho. méd.*, t. II, 1923.

JAUBERT. — Cure solaire et marine de la P. T. (*Prov. Méd.*, 15 nov. 1913).

JAQUET. — Höhenklimat u. Blûtbildung (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharm.* 1901, Bd. 45).

JANNEROT et MESSERK. — Hélio-thér. et pigmentation (*Rev. Méd. de la Suisse romande*, 1917, n^o 11).

JÉRUSALEM. — Zûr Sonnenbehandlung der chir. Tub. (*Zeitsch. fûr phys. u. diat. therapie* 1911, Bd. 15).

— *Mitteilungen auf den Internation. Tub. Kongress. Rome*, Ap. 12.

JOUBERT et RIVIER. — La cure héliomarine (*La Presse Méd.*, 1911).

JOUSSET. — Sur l'action des rayons ultra-violetes sur la Tub. et le sérum anti-tuberculeux (*Soc. de Biologie*, 26 nov. 1910).

KOCH (R.). — Fortsetzung der Mitheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberculose (*Deutsche Med. Woch.*, 15 janv. 1891, p. 101).

KELLOG. — Die therapeutischen Effecte des Lichts (*Wien Mem. Presse*, 1900).

KLARE-KURT. — Hélio-thérapie im Tieflande (*Strahlendber.* Bd. 12, Hf. 2, 1921).

KOENIG. — Die peritoneale tuberculose u. ihre Heilung durch den Bauchschnith (*Ztbl. f. chir.* 1890, vol. 35, p. 657).

KOPP. — Die Strahlentherapie der Chir. Tub. (*Wien. Med. Wochrft.* 1920, n° 3).

KHALIL (Abd-El-Maguid). — *Thèse de Paris* 1918.

LAURENT. — *Clinique chirurgicale : Anatomie, Diagnostic, Traitement, Opérations.*

LE DENTU (A.), DELBET (P.) et SCHWARTZ (A.). — *Traité de Chirurgie.*

LAFFITTE. — Foie, Reins, Rate, Faucréas, Péritoine, Glandes à sécrétions internes, Nutrition. Intoxications (*In Nouveau Traité de Pathologie interne*).

LEFERT. — *Aide-Mémoire de Pathologie externe et de Chirurgie des Régions.*

LEJARS (Félix). — *Exploration clinique et diagnostic chirurgical.*

LITTRÉ et GILBERT. — *Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie et des Sciences qui s'y rapportent.*

LYON (G.). — *Précis de Clinique semiologique. Diagnostic, Pronostic et Traitement.*

- LAÏS EBLING. — *Aperçu sur le traitement de la tuberculose par les Rayons de Röntgen.*
- LÉO (G.). — *L'Héliothérapie appliquée aux blessures.*
- LECÈNE et LERICHE. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale* (Masson, 1926).
- LERICHE et LECÈNE. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale* (Masson, 1926).
- LÉO. — *L'Hygiène par l'héliothérapie, les tout petits au Soleil* (Mallon, 1916).
- LAUMONIER. — Facteurs de la cure marine (*Bull. génér. de Thérap.*, 1901, 23 août).
- LENKEI. — Die Wirkung der Luftbäder auf die Zahl der Blüt-körp. auf den Hémaglobingehalt u. auf die Viskos. des Blüts (*Zeitsch. für phys. u. diät. Therapie*, oct. 1906).
- LENORMAND. — Tub. chir. et héliothérapie (*Presse méd.* 1911).
- LAROCHE. — *Comment traiter la Péritonite tuberculeuse ?*
- LERICHE. — *A propos de l'hélio.*
- LIEBE. — Zur Frage der Héliothér. der Tub. (*Deutsche Mith.* 1916, nov. 31, 28 juil.).
- LOBENHOFFER. — Die Heliotherapie in der Ebene (*Minch. Méd. Wochen.* n° 46, 1917). Im *Feldaertz.* Beilage, S. 1501.
- LARTET et GENOUD. — *La lumière, agent thérapeutique.* Lyon, 1900).
- LAGNER (A.) et V. HASSER RITSCHER. — Ueber die Behandlung der tub. Per. mit der Künstlichen Höhensonne (*Med. kl.* 1918, n° 12, p. 291).
- LEGUEU. — De l'interv. chir. dans la P. T. (*Semaine méd.*, 10-2-1894, p. 65).
- LÉO (P.). — L'helminthiase et la dysménorrhée douloureuse (*31^e Congrès de Chirurgie*, 1921, Paris).
- L'helminthiase dans les aff. chir. (*32^e Congr. Chir.*, 1922, Paris).
- Signes et traitement de l'helminthiase (*La Clinique*, oct. 1922, p. 256).

— Rapidité d'évolution d'un kyste de l'ovaire. Paris, 1926.

MACAIGNE. — Affections chroniques du péritoine (*Pathologie des glandes salivaires, pancréas et péritoine*, in *Traité de Médecine*, fasc. XV).

MARTINET. — *Diagnostic clinique. Symptômes.*

MANOUKHINE. — *Le Traitement de la Tuberculose par la leucocytolyse consécutive à l'irradiation de la rate.*

MONOD (Gérard). — Tuberculose, Soleil et Altitude (*Annales des Médecins Praticiens de Lyon et de Sud-Est*, 1922).

MALGAT (de Nice). — *La Cure solaire de la tuberculose.*

MALGAT. — La Cure solaire marine (*Congrès de Cannes*, 1914).

MAYET. — Encore l'Héliothérapie (*Journal des Praticiens*, juillet 1914).

MIRAMOND DE LA ROQUETTE. — Action biotique de la lumière (*Gazette Méd. de Paris*, 1916).

MONTENUIS, MORHARDT (E.). — *Cure de soleil et chirurgie de guerre.*

MARVAUD (J.). — Actinoth. et R. X des périt. tub. (*Thèse de Paris* 1926).

MALLET. — *Thèse Paris* 1914.

MARTIN DU PAN. — Tuberculose péritonéale traitée par la cure solaire (*Soc. Méd. de Genève*, 1909, 7 juillet).

MEYER (C.-F.). — Ueber den Einfluss des Lichts im Höhenclima auf die Zusammensetzung des Blutes (*Inaug. Dissert. Basel*, 1899-1900).

MILLION. — L'héliothérapie comme traitem. des tuberculoses articulaires (*Thèse de Lyon*, 1898-1899).

MOLLIER, MAGNUS. — *Der Einfluss des Lichtes auf die Haut in Gesunden und Krankhaften Zustände.* Stuttgart, 1900.

MORIN. — Soleil et Tuberculose (*Schweiz. Rundsch. für Med.* 1910).

— Etude sur la Tuberculose, 1910. Borlon, éd. Aigle.

MACAIGNE. — Péritonite tuberculeuse (*Nouveau Traité de Méd.* Roger, Vidal, Teissier; t. XV).

MANTOVANI. — *Nota sul trattamento della peritonite tuberculare col sole artificiale.*

MAYER (S.). — Die Heilungsaussichten der Bauchtuberkulose under der Behandlung mit künstlicher Höhensonne (*Jahrt. f. Kinderheilkunde u. phys. Ergeihung*, vol. 87, 1918, Jave 2).

MATHIEU (G.). — *Héliothérapie à l'Altitude* (Maloine, 1923).

MARTIN (A.). — *Valeur comparée du traitement médical et du traitement chirurgical de la P. T. chez l'enfant : résultats de la cure marine.*

NOGIER. — *La lumière et la vie* (Thèse de Lyon, 1903-1904).

OMBREDANNE. — Poitrine et Abdomen (In *Précis de Pathologie externe*, par Faure, Alglave, Desmarest, Okinczyc, Ombredanne, Schwartz, Mathieu, Willmoth).

— *Précis clinique et opératoire de Chirurgie infantile.*

OELSNITZ (de Nice), PAUCHET. — *Les Bains de Soleil à l'usage de tous* (Maloine, 1919).

OELSNITZ. — Les indications de l'héliothér. dans le traitement de la P. T. chez l'enfant (*Soc. de pédiatrie*, nov. 1912).

ORTICOgni. — De l'héliothérapie (Thèse de Lyon, 1901-1902).

D'OELSNITZ. — Réaction hématologique provoquée par l'héliothérapie (*Journal méd. français*, 1913).

— Note sur les éléments d'appréciation des indications de l'intensité et de la durée utile de la cure solaire dans les affections tuberculeuses de l'enfant (*Soc. de Pédiatrie*, mai 1912).

D'OELSNITZ et DUPLAY. — La pratique de l'héliothérapie (*L'Hôpital*, n° 37, déc. 1920 ; n° 30, janv. 1920 ; n° 40, février 1921).

PATEL. — *Précis de Chirurgie journalière.*

- PAUCHET (V.). — *La Pratique chirurgicale.*
- PIGUET (Robert). — Le Soleil dans la tuberc. chir. *Thèse Paris*, 1919).
- PRUVOST. — Héliothérapie (*Traité de Path. méd. et de Thérap. appliquée*).
- PEDOLIN. — Die functionellen Resultate der conservativen u. operativen Behandlung der Tub. genitis (*Inaug. Dissert.*, Aaran, 1895).
- PONCET et LERICHE. — Héliothérapie (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1912, tome 68, p. 261).
- *La Tuberculose inflammatoire.*
- PFEFFERKORN (A.). — Ueber die Behandlung der Baüchfell-tuberkulose mit künstlicher Höhensonne (*Ibl. f. inn. Med.* 2 juin 1923, n° 42).
- PIC. — De l'intervention chir. dans les P. T. généralisées et localisées (*Thèse Lyon*, 1890).
- PONTOIZEAU. — Contribution à l'étude de quelques agents du traitement médical de la P. T. : Héliothér., Photothérapie, Iodothérapie (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 11 déc. 1923. *Thèse de Lyon*, 1913).
- PÉROU. — Recherches anat. et exp. sur les tuberculoses de la plèvre (*Thèse de Paris* 1895).
- PONCET. — Laparotomie de la P. T. (*Revue des Sc. méd. de Hayem*, t. 42, 1893, p. 271).
- PHILIP (Sir Robert). — The effects of the Anti-tuberculosis Campaign (*Oliver*, Londres, 1924).
- La détuberculisation anticipée (*Bull. Un. Int. contre la Tub.*, 1924).
- PESTALOZZA (E.). — *La tubercolosi genitale nella donna.* Rome, 1924.
- QUERVAIN (DE). — Zür Sonnenbehandlung bei chirg. Tub. (*Deutsch. Litschr. für Chir.*, 1912, Bd. 114, S. 302).
- Les principes modernes dans le traitement des Tub. dites chirurgicales (*Semaine méd.*, 1912, 11 sept.).

- RAPPIN. — La vaccination de la tuberculose (*Vie Médicale*, 20 juin 1924).
- ROCHARD. — *Diagnostic des Maladies chirurgicales de l'abdomen*.
- ROGER. — *Traité de Médecine* (Widal, Teissier Garnier, etc.).
- REGNAULT (Félix). — Les Rayons Ultra-Violets (*Revue Moderne de Méd. et de Chir.*, oct. 1925).
- ROLLIER. — *Le traitement des tuberc. chir. par la cure d'alt. et l'Hélioth.*
- *Le pansement solaire* (Maloine, 1916).
- REBOUL. — *L'Héliothérapie dans le traitement des tuberculoses ext. avant ou après l'opération*.
- *Héliothérapie des affections chir. tub.* (Congrès internat. de la Tub., Paris, 1905).
- REGNARD (Paul). — *La Cure d'altitude*, 1897, Masson.
- RICKLI. — *Médicament naturel et bain de soleil*, Lausanne, 1905.
- RIVIER. — *La cure héliomarine méditerranéenne* (*Thèse de Lyon*, 1911-1912).
- ROEDERER. — A propos de l'héliothérapie (*Journal de Médecine de Paris*, 1911).
- ROLLIER. — *La cure d'altitude et la cure solaire de la tub. chir* (Delachaux et Nestle, Neuchatel).
- *La cure solaire de la tub. chir. Recherches scientifiques et résultats cliniques* (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1909, n° 12).
- *Recherches scientifiques et nouveaux résultats cliniques de la cure solaire de la tub. chir.* (*Congrès int. de Physiothér.* Paris, 1910).
- *L'héliothér. de la tub. ext. à l'altitude : ses résultats contrôlés par les rayons X; statistique de 650 cas* (*Comm. au 6° Congrès internat. de la Tub.*, Rome, 1912).
- ROLLIER. — *La pratique de la cure solaire de la tub. externe et ses résultats cliniques* (*Paris Méd.*, 1913).
- *La cure solaire de la tub. ext. et ses résultats cliniques*

(Schweiz. Rund. für Medizin.) (Comm. au Congrès internat. de Méd. à Londres, en 1913).

— Die Heliotherapie der Tuberkulose (Berlin, Verlag von J. Springer, 1913).

— La cure de soleil. Paris, 1914, Baillière, Tarin.

— Comment lutter contre la Tub. Sauvain-Baillière.

— Le rôle du soleil dans la lutte anti-tuberculeuse (Conférence faite le 15 juin 1921. Mulhouse, Impr. Bader).

ROLIER et HALLOPEAU. — Sur les cures solaires directes des tuberculoses dans les stations d'altitude (Comm. à l'Acad. de Méd., Bull. 1908, p. 422).

RISPAL (M.-A.). — Traitement de la forme ascitique de la P. T.

ROSSELET. — Les radiations ultra-violettes (Tuberculosis, 1911).

— Les bases scientifiques de l'héliothérapie (Schweiz. Rund. für Medizin, 15 févr., 1^{er} mars, 15 mars 1922).

— Les rayons du soleil (Bibliothèque univ., 1912).

ROSE (M.). — Ueber den Verlauf u. die Heilbarkeit der Bauchfelltuberkulose ohne Laparatomie (Mitteil. u. d. Greuz. 1901, vol. 8).

REVILLET (L.). — Traitement de la tub. inf.

ROUX. — Traitement des pertes de subst. osseuses par l'Héliothérapie, 1918.

SARDA (J.-H.). — Sur le traitement de la P. T.

SIREDEY et FAURE (J.-L.). — Traité de Gynécologie médico-chir. Paris, 1914.

SAULIEU et DUBOIS. — Conférences de Médecine clinique pour l'Internat des Hôpitaux.

SAULIEU et RAILLÈRE. — Pathologie et Petite Chirurgie.

STASSEN (M.) et VONCKEN (J.). — Le Péritoine en Chirurgie de guerre.

SCHWARTZ, FEY et QUENU. — Affections de la paroi de l'Abdomen (In Traité de Chirurgie, fasc. XVIII).

- SAVINI (Emile). — *Traitement de la phlébite par les Rayons Ultra-Violets.*
- Prof. SERGENT (Emile). — *Trait. de la périt. tuberc. (Journal des Praticiens, 30 avril 1924).*
- SERSIRON. — *Le Bain de Soleil.*
- SCHAEFER (H.). — *Die Hélio-thérapie bei Chirurg. Tub. der Kinder (Shah-lenterapie, Bd. 9, S. 575).*
- SCHANZ. — *Höhensonne (Shah-lenterapie, Bd. 8, Hf. I, 1917).*
- SCHROETTER (V.). — *Der gegenwärtige Stand der Heliotherapie des Tub. Komissionstericht des internat. Pereinigung gegen die Tuberk., 1912.*
- SERSIRON. — *Le bain de soleil (La Clinique, 1909).*
- SIRHLEY. — *Du traitement des maladies par la lumière et le soleil (Prov. méd. Lyon, 1900).*
- SINGER. — *Ueber den Einfluss von Luft u. Sonnentäder auf den menschlichen Körper (Berlin, Klin. Wochenschr. 1903).*
- SKINNER. — *Heliotherapy, natural and artificial (Mod. med. Chicago, 1920, 487-490).*
- STANTLI. — *Ueber den physio. Einfluss des Höhenklimas auf den Mensch. Oberangadiner med. Festschrift, 1910.*
- SAUVÉ (L.). — *Le traitement des P. T. (Progrès méd. 20 janvier 1912).*
- SARDOU (Nice). — *Presse médicale, 2 mars 1912.*
- *Sur le Climat des Côtes de France (Rapport Congrès de Monaco, 1923).*
- *Le Médecin sur la Côte d'Azur (Robaudy, Cannes, 1923).*
- *Que penser à l'heure actuelle des P. T. et de leur traitement ? (Journal méd. fr., juillet 1923, L. XII, n° 7).*
- SCHROETTER (VON H.). — *Zur Hélio-thérapie der Tuberkulose (Med. Kl., 1913).*
- SEGUIN. — *Péritonite tub. et rayons ultra-violets (Normandie Méd., juillet 1924).*
- STRAHLMANN (E.). — *Die Therapie der Peritonitis tuberkulose*

- u. die Beshahlung mit Ouescksilberquarzlampse (*Inaug. Diss. Piessen*, 1916).
- SAIDMAN. — Le traitement de la P. T. par les R. U. V. (*Journal des Praticiens*, 27-10-25).
- Les R. U. V. en thérapeutique (Doin, 1925, Paris).
- La Polyradiothérapie, ses principes, ses indications (*Journal Méd. Fr.*, sept. 1925).
- SAYINI. — Traitement de la phlébite par les R. U. V. (*Paris Méd.*, 23-I-1926).
- SOLOMON (I.). — *La Radiothér. prof.* Paris, 1923, Masson.
- *Traité de Radioth. pénétr.* Masson, Paris, 1926.
- TUFFIER et DESFOSSES. — *Petite Chirurgie pratique.*
- TÉMOIN. — Traitement chir. de la P. T. (*Acad. de méd., Bull. n° 32*, p. 116, 10 oct. 1922, et *Bull. Soc. Chir. Paris*, 10 juillet 1923).
- THEDERING. — Héliotheapie im Tieflande (*Zeit. für Tuberk.* Bd. 25, 1915, Hf. 6).
- TIETZE. — *Die Behandlung der Chir. Tub. im Kinderalter*, Berlin, 1908.
- TRESKINSKAYA. — *Ueber den Einfluss des Sonnenlichtes auf die Tub. ba. Inaug. Dissert.* Petersburg, 1909.
- TROEGER (R.). — *Laparatomie bei Bauchfelltuberkulose.* Marburg, 1891.
- UNNA. — Ueber das Pigment der menschlichen Haut. (*Monats. f. Dermat.* 1889).
- UNDERHILL (A.). — *Operation for tubercular peritonitis; recovery.*
- VANNIER (Léon). — Tuberculiques et tuberculeux (*Homœopathie française*, 1924).
- Les tuberculiques (*Homœopathie fr.*, janv.-mars 1925).
- Le traitement des tuberculiques (*Homœopat. fr.*, févr. 1925).

VIGNARD et JOUFFRAY. — *La Cure solaire des Tuberculoses chirurgicales* (Masson, 1914).

VINOT et Pierre PRUVOST. — *Héliothérapie (Art. du Traité de path. méd. et thér. appl. Sergent, Babonneix, 1922).*

VITOUX. — Biologie de l'héliothérapie (*Bull. de thér.*, mai 1914, p. 533).

VULPINS. — Die behandlung der Chir. Tub. in der Tiefelene (*Tuberkulosis*, 1913, n° 9).

— Ueber die Lichtbehandlung der Chir. Tub. (*Minch. med. Woch.* 1913, n° 20).

VIGNARD. — L'héliothérapie artificielle dans le traitem. des tuberculoses externes (*Comm. à la Soc. de Chir. Lyon*, 23 janvier 1913).

WEIL (Albert). — Traitement radioth. des péric. tub. (*Paris Médical*, 1917, n° 41).

WEHMER. — Heliotherapie der Tub. (*Aertgliche Mitteil.* 1917, n° 24).

WINTERNITZ. — Zur Sonnenkuren (*Wien. Klin. Woch.* (1914, n° 42).

WITTEK. — Zur Sonnenbehandlung der Chir. Tub. (*Leiträge zur Klin. Chir.* 1902).

ZADRO. — Zur Frage des Héliotherapie (*Wien. Klin. Woch.* 1912, n° 14, p. 527).

ZIMMERN. — Les bases physico-chimiques de l'héliothérapie (*Presse méd.* 1913, p. 377).

Imprimerie Spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain, Paris
